

INFORME DE EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO JUNIO2022

SALUD SOGAMOSO E.S.E.

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL

Lineamiento **1:**

La entidad demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público

1.1 Aplicación del Código de Integridad. (Incluye análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad, u otros temas relacionados).

Para el 2022 se ha trabajado en la GETH, generando documento de Análisis del Instrumento de la Medición de Cultura Organizacional; en la cual se documenta como la Institución realiza aplicación del código de integridad con análisis e implementación para determinar desviaciones. La Medición de la Cultura Organizacional, se toma como insumo para la toma de decisiones, con lo cual se determina plan de acción que promueva el apoyo a los colaboradores y adopción de Valores Institucionales que se enfocan en la Integridad del Talento Humano.

Se realiza seguimiento a Quejas o denuncias sobre servidores, teniendo adherencia al Procedimiento de GMA-P-002 trámites de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones. GMA-P-010 elaboración del informe de PQRSD.

La Oficina de Control Interno, evidencia que el código fue establecido en el 2019, mediante resolución. En el año 2020 se diseñó la estrategia jugando a construir valores desplegada por medios virtuales con usuarios y colaboradores, se da continuidad al comité de ética evaluando las situaciones especiales de la atención y los análisis de las PQRSF Para el 2021 se realiza diagnóstico del estado actual de la entidad en la aplicación de la política de integridad, aplicado a la GETH, determinando las desviaciones, ante lo cual se Formula y socializa el plan de acción para la implementación del código de integridad para la vigencia 2022, la cual está en desarrollo y que se proyecta la medición del avance para el segundo semestre.

1.2 Mecanismos para el manejo de conflictos de interés

Salud Sogamoso E.S.E., a través de la GETH, busca evitar riesgo que el Talento Humano, afecte incorrectamente desarrollo de sus deberes y responsabilidades oficiales, ante lo cual la Entidad ha establecido: -política de integridad, -Código de Integridad (se ha socializado en forma didáctica buscando adherencia al mismo) -Comité de Ética, -Comité de Humanización, -Comité de convivencia laboral, -buzón de humanización del Programa Escuchándote Mejoramos y mecanismos mediante los que se busca la prevención y el manejo de los conflictos de interés, las cuales se articulan con el código de Integridad, Principios y Valores Institucionales.

Desde la Oficina de Control interno, se ha estado presente en la realización del autodiagnóstico del manejo de Conflictos de Interés; insumo primordial de complemento para controlar el riesgo Conflictos de Interés. A partir del Autodiagnóstico se logra realizar

un programa que coadyuve en la anulación de conflictos de Interés Institucionales. Con lo cual se erradica el que la integridad de sus acciones, tiendan a estar indebidamente influenciadas por un interés secundario.

1.3 Mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada u otras situaciones que puedan implicar riesgos para la entidad.

Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con suficientes mecanismos que coadyuvan a la prevención del uso inadecuado de información privilegiada con lo cual se mitigan los riesgos para la Entidad, además se fortalecen los controles que previenen uso inadecuado de información privilegiada; a través de procesos y procedimientos de Gestión documental, partiendo del autodiagnóstico, programa de Gestión Documental el cual contiene planeación estratégica documentada a partir de la organización, transferencia documental, producción documental, preservación documental, Plan de emergencias documentales, Formato de Inventario documental, clasificación documental, valoración documental, tabla de retención documental.

La Oficina de Control Interno, realiza seguimiento en periodos mensuales del software de ventanilla única y el componente de transparencia y acceso a la información el cual está inmerso en el Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano. Es importante mencionar que el índice de información clasificada y reservada y el registro de activos de información, son actualizados, socializados, aprobados en Comité Institucional de Gestión y Desempeño y publicados en la página WEB.

1.4 La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción

Desde GETH, con base en el autodiagnóstico realizado y de acuerdo a los resultados FURAG, se evidencia la evaluación de acciones transversales de integridad que conllevan a la mitigación del riesgo de corrupción.

Se ha proyectado y aprobado la Política y el eje de humanización, mediante el cual se está realizando medición de adherencia a la Integridad Institucional, tendiendo este como el principio y valor de mayor control, frente al riesgo de corrupción. A través de la Matriz de riesgos anticorrupción se realiza la Gestión y Administración; asimismo la Oficina de Control interno evalúa adherencia a principios, valores Institucionales y calidad de integridad

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E., Evalúa la Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, verificando que los funcionarios practiquen equilibrio y consistencia entre los principios y valores Institucionales, expectativas y resultados, con todo lo cual se busca el predominio de transparencia en el actuar diario. Se recomienda realizar el curso de Integridad DAFP 2022

1.5 Análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad. NOTA: Si la entidad ya cuenta con esta línea en funcionamiento, establezca si ha aportado para la mejora de los mapas de riesgos o bien en otros ámbitos organizacionales.

Salud Sogamoso E.S.E., dentro del sistema de ventanilla Única, establece línea de denuncia interna sobre contextos anómalos, en la cual se logra registrar las diferentes Solicitudes, Peticiones, Quejas, Reclamos, las cuales pueden ser internas o externas; asimismo se cuenta con los buzones de PQRSF, para interponer las diferentes situaciones irregulares o que no correspondan a servidores públicos, con el ánimo de dar efectiva y oportuna respuesta y de ser el caso se solicita formulación de Planes de Mejora al Profesional pertinente.

Como complemento se documentó y aprobó el Procedimiento GTH-P-021, Escuchándote Mejoramos, cuyo objetivo es el de Garantizar el derecho de los colaboradores de Salud Sogamoso E.S.E para presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones, que surjan con ocasión a temas relacionados a convivencia laboral de Salud Sogamoso E.S.E, permitiendo a la institución establecer estrategias de mejora continua.

Desde la Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso ha verificado que ha establecido el procedimiento de administración del Buzón de PQRSF para Talento Humano de la I.P.S., como estrategia de comunicación interna, en forma tal que se tomen las acciones internas del caso. Este procedimiento va desde la formulación de la PQRSF (Petición, queja, reclamo, sugerencia y felicitaciones) internas por parte de los colaboradores en el mecanismo definido por la institución, hasta el trámite y respuesta a la misma. El colaborador encargado da trámite a resolver, revisa tiempos para dar respuesta oportuna, eficaz y efectiva, por los medios establecidos para ello, agradeciendo y confirmando el recibido de la misma y señalando los tiempos formales de respuesta y/o solución a su solicitud.

Lineamiento **2:**

Aplicación de mecanismos para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno

2.1 Creación o actualización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (incluye ajustes en periodicidad para reunión, articulación con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño).

Salud Sogamoso E.S.E. a partir de la constitución del Comité de Coordinación de Control Interno, ha mantenido en forma permanente actualizado el mismo acorde a la normatividad vigente y articulación con la misma.

Para el 2022, Según resolución 108 del 15 de Febrero del 2022, se ha realizado actualización del mismo reforzando la responsabilidad por parte de cada línea de defensa, Se establecen reuniones periódicas cuatrimestralmente, sin embargo de ser necesario se realizan en forma extraordinaria.

Como control para este Comité se cuenta con el Plan de Acción Operativo vigencia 2022, el cual tiene seguimiento periódico en Comité de Coordinación de Control Interno en periodos bimestrales y seguimiento de Gestión y Desempeño Institucional.

La oficina de Control Interno, evidencia que según la periodicidad establecida para reuniones ordinarias de Comité de Coordinación de Control Interno, es de periodos cuatrimestrales; se evidencia que se realizaron reuniones durante el primer semestre 2022, 3 reuniones una de carácter ordinario y dos de carácter extraordinario.

Frente a la articulación de los Comités de coordinación de Control Interno y el Comité de Gestión y Desempeño, se ha establecido a partir de conformación por la Alta dirección.

2.2 Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa.

Salud Sogamoso E.S.E., con el objetivo de especificidad de la definición y documentación de las Líneas de Defensa y sensibilización sobre adherencia a las responsabilidades por parte de cada línea de defensa Institucional; se actualizó la política de control interno según resolución 108 del 2022, en la cual se enfatiza en la conformación de las líneas de defensa y se definen responsabilidades por cada una de ellas por cada componente del MECI (Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación y Seguimiento y Monitoreo).

La oficina de Control Interno, evidencia que según la resolución 110 del 2019, establece claramente las líneas de defensa, responsabilidades, seguimiento y monitoreo del sistema en sus diferentes componentes, con el objetivo de articularla con el decreto 1499 del 2017 y el decreto 648 del 2017 ; La misma ha sido actualizada en forma periódica, donde la más reciente de las actualizaciones se realizó el día 15 de febrero del 2022 mediante resolución 108-2022, mediante la cual se refuerza de quienes conforman cada línea, responsabilidades de los conformantes de cada una de ellas basándose en los componentes MECI.

2.3 Definición de líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa.

Salud Sogamoso E.S.E., en lo correspondiente a las líneas de reporte, se cuenta con procedimiento interno de Comunicaciones, cuyo objetivo es el de:

En lo correspondiente a las líneas de reporte, Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con procedimiento interno de Comunicaciones, cuyo objetivo es el de: Estructurar e implementar el procedimiento de comunicaciones, que garantice una información eficaz y asertiva, dando respuesta a las necesidades y manejo de la información interna y externa de Salud Sogamoso E.S.E. Además se establecen lineamientos para el reporte de la información que conlleve a una acertada toma de decisiones por parte de Alta Gerencia y las líneas de defensa

Se establece el cronograma de comunicaciones internas, la periodicidad; se establecen los proveedores de la información a comunicar, así mismo los receptores de la misma, se establecen condiciones de comunicación, según sea la información a socializar.

La Oficina de Control Interno, evidencia que Salud Sogamoso E.S.E., a través del Comité de Gestión y Desempeño, y del Comité de Coordinación de Control interno; contempla la responsabilidad establecida para cada línea de defensa, examina que se estén cumpliendo con los diferentes compromisos adquiridos por cada una de ellas; como lo es el de Planear por parte de la Primera Línea, Ejecutar lo planeado por parte de la Segunda Línea de defensa y la verificar por parte de la tercera línea.

Se cuenta con procedimientos, formatos, matriz y herramientas en general, de reporte de información para la toma de decisiones,

Lineamiento **3:**

Establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. Así mismo a partir de la política de riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección

3.1 Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas). La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo.

La Profesional U. de Planeación realizó revisión y actualización de la Política de Administración del Riesgo mediante la resolución 342 del 2020, teniendo en cuenta el contexto interno y externo de Salud Sogamoso E.S.E., así como los lineamientos dados por el Departamento Administrativo de la Función Pública. De la misma forma se establece el procedimiento de administración del riesgo GDP-P-009, en el cual se instituye el paso a paso para lograr efectividad en la Gestión y Administración. Sin embargo se sugiere que se realice para esta vigencia 2022, actualización logrando articulación con la Guía DAFP V5 2020.

La Oficina de Control Interno, evidencia que se ha realizado actualización y Evaluación de la Política de Administración del Riesgo, atendiendo lineamientos de la Guía 2018 DAFP. Se solicita de forma formal que realice la actualización de política y procedimiento del riesgo, articulándola con la Guía DAFP V5 2020. Para el 2022 se está trabajando frente a la actualización de la política Institucional del riesgo y del procedimiento en forma de lograr la articulación la Guía DAFP V5 2020

3.2 La Alta Dirección frente a la política de Administración del Riesgo definen los niveles de aceptación del riesgo, teniendo en cuenta cada uno de los objetivos establecidos.

Salud Sogamoso E.S.E., mediante Resolución 342 de 20 de Octubre del 2020, Actualización de "Política de Administración del Riesgo" se describe los niveles de aceptación del riesgo y tratamiento del Riesgo Residual, Mediante la cual se refiere que Salud Sogamoso E.S.E., se compromete a gestionar los riesgos Institucionales, a través de una metodología aplicada de acuerdo a los procesos, con el fin de obtener resultados positivos en el logro de los objetivos Institucionales. En el Procedimiento se identifican los niveles de aceptación del riesgo, estableciendo que para los riesgos de corrupción no existe margen de aceptación alguno.

La oficina de Control Interno, evidencia que con la política se establecen el tratamiento de los riesgos en el artículo 7, en el cual se observa la valoración del riesgo final (residual).

Se califica teniendo en cuenta la solidez del conjunto de controles para reducir el riesgo inicial; para el riesgo residual se establece nuevamente plan de acción del riesgo con corte a abril del 2022; vuelve a medirse y según nueva evaluación se determina la nueva zona de riesgo, así mismo el nivel de aceptación del riesgo; este seguimiento se realiza en forma de lograr la mitigación casi que absoluta del riesgo (para riesgos de corrupción no existe nivel de aceptación alguno). Es necesario mencionar que para efectos de la verificación de los controles se está teniendo en cuenta la Guía del DAFF V5 2020

3.3 Evaluación de la planeación estratégica, considerando alertas frente a posibles incumplimientos, necesidades de recursos, cambios en el entorno que puedan afectar su desarrollo, entre otros aspectos que garanticen de forma razonable su cumplimiento

El seguimiento de la planeación estratégica en Salud Sogamoso E.S.E. , se realiza en forma periódica a través del Plan Operativo Anual y el PAMEC, en periodos bimestrales, los cuales tienen seguimiento y medición mediante el SGI. <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim>; Este Sistema de Gestión Integral de Almera, constituye un método organizado, planificado, y continuo para medir, monitorear y mejorar la calidad con el fin de apoyar los procesos de acreditación como meta a mediano plazo, para Salud Sogamoso E.S.E. cuyos resultados se encuentran a disposición permanente para los usuarios internos, Equipos Primarios de Mejoramiento, Equipos de Autoevaluación, Equipos de Mejoramiento.

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso, según el monitoreo, seguimiento y evaluación, evidencia que El Sistema de Gestión Integral de Almera, constituye un método organizado, planificado, y continuo para medir, monitorear y mejorar la calidad con el fin de apoyar los procesos mediante lo cual se generan alertas requeridas, conforme al lineamiento dado para este criterio.

Lineamiento 4:

Compromiso con la competencia de todo el personal, por lo que la gestión del talento humano tiene un carácter estratégico con el despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público –ingreso, permanencia y retiro.

4.1 Evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano

Es necesario mencionar que se mantiene Banco de Hojas Vida, las cuales son administradas atendiendo el procedimiento GTH-P-001 y Formato GTH-F-002 Evaluación hojas de Vida. Asimismo se cuenta con los procedimientos de GTH-P-002. Este documento contempla la necesidad de contratación de Talento humano, Proceso de Selección y Vinculación, Publicación de la Convocatoria, Postulaciones, preselección de Hojas de vida, Aplicación de Pruebas de conocimiento y Competencias, y/o Entrevista, Autorización para la vinculación, verificación de la documentación del Aspirante, Acto Administrativo de Nombramiento, Comunicación, Posesión, Programación de examen Médico de Ingreso, Diligenciamiento de Afiliaciones, Apertura de cuenta, Solicitud de usuario y/o recurso

tecnológico. Planificación de la Inducción, Entrega de carne, Archivo de proceso selección, Apertura de Historia Laboral, Desvinculación del Funcionario

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E., evidencia que el plan estratégico de talento Humano se encuentra enmarcado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual, entre otros, fomenta las capacidades, conocimientos, actitudes y valores orientados al cumplimiento de los objetivos de los colaboradores estableciendo una cultura basada en el crecimiento, rendimiento y desempeño.

El plan estratégico de Talento Humano tiene como objetivo determinar las acciones a seguir para el desarrollo de los planes, programas y proyectos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los servidores públicos y sus familias, articulando estratégicamente las diferentes funciones relacionadas con el talento humano, alineándolas con los objetivos misionales y generando sentido de pertenencia y productividad institucional.

Como conclusión final se determina que la Planeación Estratégica se profundiza en la planeación por proceso y en el Ciclo de Vida del Servidor Público Institucional

4.2 Evaluación de las actividades relacionadas con el Ingreso del personal

Salud Sogamoso E.S.E. frente al proceso de GETH cuenta con los procedimientos de GTH-P-002 Selección, vinculación y retiro de personal de planta permanente, personal de libre nombramiento y remoción y personal temporal.

Este documento contempla la necesidad de contratación de Talento humano, Proceso de Selección y Vinculación, en el cual analiza la necesidad de vinculación de personal nuevo y las formas posibles de provisión; una vez generada la vacante se solicita la aprobación de gerencia, para iniciar el proceso de selección y/o vinculación de personal, se procede a realizar la publicación de convocatoria

La oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E, realiza seguimiento y verificación de que la P, U, de GETH vele por la vinculación del mejor talento humano, mediante adherencia a procedimientos como GTH-P-001, GTH-P-002 y demás herramientas de selección que permiten identificar el candidato con las competencias, los conocimientos técnicos y la vocación de servicio requerido, para articular su desempeño con los objetivos institucionales.

4.3 Evaluación de las actividades relacionadas con la permanencia del personal.

Se desarrolla como etapa inicial una vez se haya realizado la verificación de documentación del candidato seleccionado según GTH-F-003, se procede a programación del examen médico de vinculación. Se continúa con emisión del acto administrativo de nombramiento, comunicación de nombramiento, posesión del cargo, afiliaciones, creación usuario sistemas, Planificación e Inducción, Entrega de carne, apertura de historia laboral,

La permanencia se desarrolla en tres grandes frentes como lo son: **Bienestar, Educación continua, Medición del Desempeño Laboral.**

La Oficina de Control Mediante el desarrollo de los diferentes procedimientos que buscan el Bienestar del Talento humano, la permanencia del personal a partir de Inducción, la cual se realiza, con el objetivo de lograr Talento humano preparado para desarrollo de sus actividades propias del cargo a desempeñar, se prosigue con estrategia del Padrino de Cargo, quien brinda acompañamiento de las actividades de su rol

La permanencia se desarrolla en tres grandes frentes como lo son: Bienestar: Educación continua: Medición del Desempeño Laboral.

4.4 Analizar si se cuenta con políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento del control interno (1a línea de defensa).

La Política de control Interno mediante resolución 156 del 26 de abril del 2022, en la cual se enfatiza en la conformación y responsabilidad de las líneas de defensa por cada componente MECI (5 componentes) asimismo se enuncia las responsabilidades de cada servidor interno y externo sobre el desarrollo y mantenimiento del Control interno se socializó en Comité de Coordinación de Control interno según acta del día 3 de mayo del 2022.

La Oficina de Control Interno, evidencia a través de la ejecución de auditorías la responsabilidad de cada línea de defensa, frente al Sistema de Control Interno, determinando la efectividad en su desempeño frente a su ejercicio.

4.5 Evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal.

La Entidad cuenta con un procedimiento GTH-P-002 Selección, vinculación y retiro de personal de planta permanente, personal de libre nombramiento y remoción y personal temporal

Salud Sogamoso E.S.E., ha establecido un programa denominado desvinculación Asistida, de septiembre del 2020,, en el cual se Establecen lineamientos, actividades, responsabilidades necesarias para dar un manejo adecuado de la desvinculación o el retiro del servicio de los funcionarios de Salud Sogamoso E.S.E, de conformidad con los parámetros establecidos y la normatividad vigente.

La Oficina de Control Interno evidencia que existe documento de desvinculación asistida GTH-PG-007, programa mediante el cual posibilita el retiro del servidor público de la entidad, con beneficio para la persona, su familia y para el ambiente organizacional. En el que establecen lineamientos que busca dar acompañamiento al funcionario en la etapa de desvinculación de la entidad, independiente de la causal que sea (pensión, retiro, sanción disciplinaria, entre otras).

4.6 Evaluar el impacto del Plan Institucional de Capacitación – PIC

Salud Sogamoso E.S.E. ha diseñado y documentado el Plan Institucional de Capacitación el cual contempla sus indicadores dentro de los cuales se encuentran los de cumplimiento, cobertura, ejecución, satisfacción procesal, efectividad (% de adherencia a guías de atención de acuerdo con la línea base). El PIC, goza de alguna flexibilidad siempre que sea aprobado por la Alta Gerencia.

La Oficinas de Control interno, evidencia sobre los resultados socializados en periodos bimestrales, frente a indicadores preestablecidos.

El impacto se evidencia mediante el indicador de medición de transformación cultural dentro del cual se establecen varias líneas de acción, de las cuales se han trabajado:

1. Implementación y ejecución del plan de Bienestar, estímulos e incentivos.
2. Programa "Somos Felices somos Saludables" 3 líneas a ejecutar en la vigencia enfocadas al cuidado y bienestar de los colaboradores de la ESE. (Tips saludables - Clases de Rumbo terapia- Acompañamiento emocional).
3. Fortalecimiento del Trabajo en equipo y liderazgo:
4. Código de integridad- Valores institucionales: Se realizó autodiagnóstico con el fin de establecer el plan de acción para la vigencia 2022 y fortalecer la política de integridad en la entidad.
5. Capacidad de respuesta escuchándote mejoramos..

4.7 Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo.

En Salud Sogamoso E.S.E. según lo estipula el Manual de contratación Institucional GLE-M-001 la supervisión de contratación la cual consiste en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto del contrato, es ejercida por la misma entidad estatal cuando no requieren conocimientos especializados. Para la supervisión.

Como herramienta de la supervisión se actualiza el formato GLE-F-006, junio 15 del 2022, en el que se actualizan ítems y se adiciona ítem 16 análisis de los riesgos asignados en estudios previos.

La P.U. Asesora Jurídica., La P.U. de contratación y la P.U. asesora de Control Interno realizan 6 auditorías mensuales, para verificar adherencia al Manual de supervisión Institucional, a cada uno de los profesionales designados como tal, estableciendo planes de mejora de ser pertinentes,; en pro de logro del ciclo de la mejora continua. Contractual. A Junio 30 del 2022, se han llevado a cabo 24 auditorías a las supervisiones y cumplimientos de la relación contractual.

Lineamiento

5:

La entidad establece líneas de reporte dentro de la entidad para evaluar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.

5.1 Acorde con la estructura del Esquema de Líneas de Defensa se han definido estándares de reporte, periodicidad y responsables frente a diferentes temas críticos de la entidad

Salud Sogamoso según la socialización de conformación de cada línea de defensa y sus respectivas responsabilidades y con base en el Procedimiento de Información y Comunicación Interna y externa, se han establecido los estándares de reporte acorde a la plataforma estratégica mediante indicadores de gestión y resultados, con el objetivo de la toma de decisiones acertadas por parte de la Alta Gerencia. Asimismo se determina que informes suben a cada línea de defensa y a la Línea Estratégica, según el Plan de comunicaciones Institucional.

La oficina de Control Interno determina como conclusiones para cada línea de defensa que:

Por tanto es la Primera Línea de defensa quien debe Informar sobre la evaluación a la gestión institucional y a resultados e Implementar métodos de comunicación efectiva

La segunda Línea es quien es responsable de Comunicar a la alta dirección asuntos que afectan el funcionamiento del control interno.

La tercera Línea es la encargada de Comunicar a la primera y la segunda línea, aquellos aspectos que se requieren fortalecer relacionados con la información y comunicación

La 5.2 La Alta Dirección analiza la información asociada con la generación de reportes financieros

La alta dirección lee, analiza e interpreta los informes financieros que según líneas de reporte son entregados, esto con el objetivo de tener una visión más completa sobre la situación Económica y Financiera de las Entidad. Los Informes son analizados en periodos mensuales, previo a su aprobación por parte de la Alta gerencia y de ser socializados los resultados en Comité de Gestión y Desempeño, con el objetivo de dar cumplimiento con la normatividad financiera y presupuestal Institucional,

Los diferentes Estados financieros son publicados en la página web, como lo estipula la resolución 182 del 2017 de la Contaduría General de la Nación

En cumplimiento a la Resolución 706 de 2016, "Por lo cual se establece la información a reportar, los requisitos y los plazos de envío a la Contaduría General de la Nación, en especial en sus Artículos 7º y 19º en los que se indican los formularios de la categoría a reportar y de conformidad con el numeral 36 del artículo 34 de la Ley 734 de 2002 y al numeral 7, capítulo II, sección II, título II, parte I del Régimen de Contabilidad Pública", se certifica que los Estados Financieros en periodos mensuales con corte a noviembre se han publicado en la página Web Institucional.

La alta dirección, como Líder de la misma realizan seguimiento, monitoreo y evaluación de la información de reportes financieros, previo a la realización de la publicación, emisión y entrega a los usuarios externos.

Salud Sogamoso E.S.E., es una entidad que con base en la Planeación Estratégica, en la que se muestran las metas de gestión y su congruencia con el establecimiento del direccionamiento estratégico de la ESE, LA Alta Dirección realiza seguimiento permanente a las acciones realizadas.

Realizada la evaluación de la Oficina de Control Interno, se pudo verificar la siguiente información: Se verificó el registro de las actas sesión de Comité durante el primer y semestre de 2022 en las cuales se observa la participación de las diferentes líneas de defensa, dando información relevante a los miembros del comité para la acertada toma de decisiones y en cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

5.3 Teniendo en cuenta la información suministrada por la 2a y 3a línea de defensa se toman decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos

Salud Sogamoso, teniendo como base la información suministrada por la segunda y tercera línea de defensa, toma decisiones, toda vez que dicha información además de ser documentada y radicada en gerencia, se realiza socialización de la misma en los diferentes comités institucionales y las instancias competentes,

Salud Sogamoso E.S.E., es una entidad que con base en la Planeación Estratégica, en la que se muestran las metas de gestión y su congruencia con el establecimiento del direccionamiento estratégico de la ESE, LA Alta Dirección realiza seguimiento permanente a las acciones realizadas.

Realizada la evaluación de la Oficina de Control Interno, se pudo verificar la siguiente información: Se verificó el registro de las actas sesión de Comité durante el primer y semestre de 2022 en las cuales se observa la participación de las diferentes líneas de defensa, dando información relevante a los miembros del comité para la acertada toma de decisiones y en cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

5.4 Se evalúa la estructura de control a partir de los cambios en procesos, procedimientos, u otras herramientas, a fin de garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo.

Salud Sogamoso E.S.E: cuenta con una estructura de controles que se basa en procesos, procedimientos, actividades; se determina la efectividad de los controles mediante la evaluación y verificación directa sobre la calificación de estos según clasificación que puede ser de carácter (Preventivos, detectivos, correctivos).

La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa evalúa los cambios producidos en los procesos, procedimientos y demás herramientas que pueden generar situaciones que impidan el logro de los objetivos de los procesos.

Así mismo Teniendo en cuenta las evaluaciones realizadas por la tercera línea, evidenciada a través de los diferentes informes de evaluación y seguimiento, se observa que al interior de la Entidad se ha valorado situaciones que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos de los procesos, los cuales se han dado a conocer a la Alta Gerencia y a su vez a los P.U. Líderes de proceso en función de la toma de decisiones pertinentes, conforme al lineamiento impartidos.

Es necesario mencionar que para el primer semestre se trabajó con la matriz de administración de riesgos "Mapa de riesgos integrado" lo anterior conforme a lo establecido en la política de administración del riesgo 342 dl 2020 y Procedimiento GDP-P-009. Mediante seguimientos se realiza monitoreo a la estructura de control teniendo en cuenta los cambios de proceso.

5.5 La entidad aprueba y hace seguimiento al Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por parte de la Oficina de Control Interno.

Salud Sogamoso E.S.E mediante resolución 108 de 15 de febrero del 2022, realiza actualización de la conformación, responsabilidades, funciones entre otros del Comité de Coordinación de Control Interno; una de las funciones corresponde a la de aprobación del Plan de Auditorías presentada por la Oficina de Control Interno. En Comité de Coordinación de Control interno, celebrado el día 31 de marzo del 2022, se presentó y sustento el POAS de la Oficina de Control Interno, dentro del cual forma parte el programa de Auditorías, para su aprobación, el cual fue aprobado por los conformantes del Comité de CCCI.

La Oficina de Control Interno, según resolución 108 del 2022, donde establece las funciones del CCCI, presenta en CCCI del día 31 de marzo del 2022, el cual es aprobado por lo conformantes del mismo. Según Acta No. 1 del 2022.

5.6 La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional.

La Oficina de Control Interno, además de los informes de Auditorías, realiza informes de ley, Informes de Evaluación, A partir de los informes elaborados por la Oficina de Control Interno y de conformidad con los roles establecidos para esta, se evidencia la presentación de estos a Entes de Control, publicaciones en Pagina Web, los cuales se relacionan en el Plan Anual de Auditorías en la sección de Informes de Ley, al igual que el acompañamiento de comités Institucionales.

Que durante el primer semestre 2022, la Oficina de Control Interno además de elaborar informes de evaluación y seguimiento, ha dado cumplimiento con el programa de auditorías internas 2022 (evaluaciones independientes) las cuales se han basado en riesgos por proceso. Estos informes se han socializado a su primer cliente interno en primer lugar y luego a los miembros del CCCI Institucional para la toma de decisiones basada en recomendaciones y sugerencias que procuren su optimización.

COMPONENTE EVALUACION DEL RIESGO

Lineamiento

6:

Definición de objetivos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados: i) Estratégicos; ii) Operativos; iii) Legales y Presupuestales; iv) De Información Financiera y no Financiera.

6.1 La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos.

El Direccionamiento Estratégico de Salud Sogamoso E.S.E., vincula el Plan Estratégico con los objetivos Estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos a través del Procedimiento de Formulación, aprobación, seguimiento y Evaluación del plan estratégico y Plan de Gestión, cuyo objetivo es el de definir y formular los elementos que integran la Gestión Institucional.

La Oficina de Control Interno, verifica que Salud Sogamoso como Entidad, tenga en cuenta que los objetivos estratégicos correspondan a la misión, visión, metas, y plan de desarrollo Institucional, a través de los cuales se garantice la ejecución de los programas y proyectos Institucionales.

Así mismo verifica que la Planeación Estratégica además de articularse con los con los objetivos estratégicos, se permitan la mejor disposición de los recursos financieros, recursos físicos y del Talento Humano coadyuvando a la consecución de las metas propuestas y el logro de la Misión Institucional

6.2 Los objetivos de los procesos, programas o proyectos (según aplique) que están definidos, son específicos, medibles, alcanzables, relevantes, delimitados en el tiempo.

Salud Sogamoso articula la Administración Institucional a través de La Gestion por Procesos, los cuales parten de la caracterización; lo que permite una comprensión cabal del objetivo de cada proceso y los aspectos clave de cómo debe ejecutarse. Asimismo se cuentan con las diferentes políticas Institucionales que le permiten formular el plan de acción para cada proceso; actividades que son monitoreadas mediante seguimiento, medición y evaluación, buscando la consecución de los resultados propuestos y lograr así los objetivos establecidos en la Planeación Institucional.

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E, verifica que a partir de los objetivos estratégicos la Entidad se enfoque a la consecución de la Misión u Objeto Social Institucional, mediante el establecimiento de programas, procesos y actividades; Asimismo evalúa la medición que realiza la Entidad a través del monitoreo y seguimiento del plan de acción establecido por proceso y posterior socialización en comités planeados y programados para la vigencia. Con esto se logra la comprensión en términos de especificidad, medición alcance y logros; todo reflejado en la matriz de medición con indicadores los cuales se dividen a) Estratégicos y por b) proceso

6.3 La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad

A través de la medición, seguimiento, monitoreo y evaluación de los objetivos, determinando la eficacia y efectividad en la consecución de las metas propuestas. Mediante estrategia de seguimiento y evaluación en periodos bimestrales se realiza seguimiento, monitoreo y evaluación de todos y cada uno de los indicadores priorizados por proceso en periodos bimestrales, cuyos resultados son socializados en Comité de gestión y desempeño Institucional. Con base en los cuales se establecen compromisos para mitigar las brechas de incumplimiento y la Alta Dirección logre tomar decisiones acertadas y oportunas.

El seguimiento se realiza mediante socialización en Comité de Gestión y desempeño, por medio de los indicadores en módulo medición de Almera <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim>, en la cual se registran indicadores y avances de los mismos los cuales son articulados con POAS, PAMEC, RIESGOS, Objetivos

Estratégicos, Misión, Visión. Todo lo cual está directamente apropiada por la Alta Dirección y Junta directiva

Es importante mencionar que estos seguimientos, monitoreo, evaluaciones se realiza a través de los comités Institucionales donde se socializan todos los avances, logros de Metas Instauradas, quedando como soporte del acta levantada en el Comité de Gestión, lo cual es insumo del informe de PDI, Mediante lo cual se determina la eficacia y efectividad de las actividades realizadas en pro del Objetivo (s) Institucional(es)

Lineamiento **7:**

Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).

7.1 Teniendo en cuenta la estructura de la política de Administración del Riesgo, su alcance define lineamientos para toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas u otras instancias que afectan la prestación del servicio

Salud Sogamoso E.S.E. A través de la Política de Administración del Riesgo establece los lineamientos aplicables a todos los procesos de la entidad, a partir de la identificación de factores internos, externos, dándole la suficiente importancia a la administración del riesgo de Gestión y de Corrupción. Esta política se actualiza mediante la resolución 342 del 2020, además se complementa con el procedimiento de Gestión del Riesgo GDP-P-009

La Oficina de Control interno, evidencia que realmente la Política de Administración del riesgo aplica para todos los proceso, sin embargo es necesario mencionar que se debe actualizar la misma para ser articulada con la Guía DAFP 2020.

Es necesario continuar con la articulación de la Política Institucional de Riesgos así como el procedimiento de administración de riesgos, documentación y formatos complementarios con la guía DAFP V5 2020.

7.2 La Oficina de Planeación, Gerencia de Riesgos (donde existan), como 2a línea de defensa, consolidan información clave frente a la gestión del riesgo

Salud Sogamoso E.S.E. con base en el procedimiento de Administración del Riesgo, donde la PU. Líder de planeación es quien consolida la información, junto con el soporte que es la Matriz r de Proceso, con el objetivo de realizar análisis por parte de Control Interno como tercera Línea de defensa.

La segunda línea de defensa en la Política de Administración del Riesgo realiza el seguimiento a la operatividad de los controles establecidos en los mapas de riesgos de los procesos de la Entidad.

La Oficina de Control Interno verifica que con base en el seguimiento realizado por la segunda línea de defensa a los mapas de riesgos de los dieciocho (18) procesos se haya determinado la eficacia de las acciones establecidas en el plan de acción de la matriz de riesgo y que a la vez como resultado se evidencie la efectividad de controles,

7.3 A partir de la información consolidada y reportada por la 2a línea de defensa (7.2), la Alta Dirección analiza sus resultados y en especial considera si se han presentado materializaciones de riesgo.

La alta Dirección de Salud Sogamoso E.S.E, a través de la segunda línea de defensa quien consolida información realiza seguimientos a los Mapas de Riesgo por proceso, determina las causas y/o motivos de las desviaciones si las hubiere; realiza análisis de los resultados obtenidos según reportes entregables y que a la vez permite la medición de la efectividad de controles.

La Oficina de Control interno, con base en el seguimiento mediante mesas de trabajo cuatrimestrales sobre los riesgos logra verificar los mapas de riesgos por proceso, plan de acción, efectividad de controles, pertinencia de actividades con lo cual se verifica que se contrarreste la materialización del riesgo identificado

7.4 Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente.

Salud Sogamoso E.S.E. dando cumplimiento a la metodología del riesgo, contempla controles fuertes de aspecto preventivo y detectivo, previo a la materialización del riesgo. Posterior a la materialización se establecen controles de aspecto correctivo.

La Oficina de Control Interno, buscando la mitigación del riesgo antes de su materialización solicita a los P. U. Líderes de Proceso reforzar los controles de aspecto preventivo y detectivo. Asimismo sugiere documentar toda la trazabilidad de la materialización de alguno ocurrido, con todos sus soportes, con lo cual se incrementa la Gestión de conocimiento con lo cual se logra atacar puntos críticos generadores de la materialización del riesgo.

La oficina de Control interno, determina que según el procedimiento de administración del riesgo, se debe establecer plan de acción en caso de evidenciarse fallos y/o desviaciones, de otra parte es necesario que se tenga mayor adherencia por parte de los P.U. Líderes de proceso, toda vez que es indispensable reformular controles, con base en las causas

7.5 Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas.

Salud Sogamoso manteniendo adherencia al procedimiento de administración del Riesgo institucional y de la Política de Administración del Riesgo; establece Matriz del Riesgo, en la cual identifica los riesgos, determina controles y determina el plan de acción por cada Riesgo identificado, el cual tiene seguimiento periódico por parte de la P.U. Líder de Planeación, P.E. Líder de Calidad y la Asesora de Control Interno, lo cual queda documentado y soportado.

La Oficina de Control Interno, verifica los seguimientos a los planes de acción definidos, sin embargo sugiere documentar y soportar las materializaciones de riesgo incurridas, con base en lo cual se deben establecer nuevos planes de acción en pro de la mejora continua.

Lineamiento **8:**

Evaluación del riesgo de fraude o corrupción. Cumplimiento artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción.

8.1 La Alta Dirección acorde con el análisis del entorno interno y externo, define los procesos, programas o proyectos (según aplique), susceptibles de posibles actos de corrupción.

Salud Sogamoso E.S.E. identifica probables Riesgos de Corrupción que se registran en la Matriz de Riesgos en los procesos susceptibles de corrupción; estos son identificados y proyectados por cada Profesional líder de proceso (Alta Dirección), monitoreado por la Profesional de Planeación, socializado y aprobado en Comité de Gestión y desempeño. La Profesional líder de Planeación realiza análisis del entorno interno y externo definiendo herramientas para abordar los posibles escenarios de corrupción, tales como: Mapa de riesgos de Corrupción, PAAC, Resolución de Código de Integridad.

La Oficina de Control interno, realiza seguimiento y evaluación a los Mapas de corrupción en periodos cuatrimestrales, teniendo revisión de los mismos y su posible ocurrencia, Mediante el monitoreo permanente con el Equipo de profesionales Líderes (Primera línea de defensa) evitando la materialización de alguno de los identificados, los cuales pueden interponerse al logro de los objetivos de Gestión y misionales.

Las líneas de defensa de primera y segunda línea deben estar atentos a su monitoreo y seguimiento como mecanismo de protección. La oficina de Control Interno evalúa la efectividad de controles establecidos

8.2 La Alta Dirección monitorea los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo.

Atendiendo la Política de Administración del Riesgo, los riesgos de corrupción a través de los líderes de proceso realiza monitoreo en forma permanente de los mismos con lo cual se busca la no Materialización de estos.

Con base en la Guía de la Función Pública se tienen en cuenta:

1. Política de Administración de Riesgos.
2. Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción.
3. Consulta y Divulgación.
4. Monitoreo y Revisión.
5. Seguimiento.

La Oficina de Control Interno, evidencia que el seguimiento a los riesgos de corrupción, lo realizan los Líderes de cada Proceso, mediante el monitoreo permanente y quien consolida en periodos cuatrimestrales es la segunda línea de defensa, dado cumplimiento a la política de administración del riesgo Institucional.

8.3 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas.

Salud Sogamoso E.S.E., a través del Manual de Funciones y de los procedimientos derivados de procesos; teniendo en cuenta los mapas de riesgos, establecen actividades de control asociando roles y responsabilidades a cada uno de los funcionarios que participan en las diferentes actividades.

Realizada la evaluación por la Oficina de Control Interno, se verificó que cada proceso remite la matriz de riesgos correspondiente a la Oficina de Planeación, en la cual se evidencian los diferentes controles, los cuales según la matriz define si hay segregación de funciones, responsables, solidez de control.

Es importante mencionar que existen algunos fallos de calidad en la práctica de la segregación de las funciones.

8.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora.

La alta Dirección a través de los P.U. Líderes de proceso son los responsables de evaluar el diseño y ejecución de los controles, con lo cual se determina la efectividad de los mismos; La P.U. Líder de Planeación consolida y realiza verificación a los mapas de riesgos verificando la operatividad de los controles teniendo en cuenta los criterios establecidos en la Política y Procedimiento de administración del riesgo. Se hace necesario que se continúe con la articulación de la Política de Administración del Riesgo Institucional con la Guía de administración del riesgo DAFP V5 2020

Por otra parte, la Oficina de Control Interno, evalúa el diseño de los controles establecidos en los mapas de riesgos para establecer su coherencia y efectividad frente a la materialización de los riesgos, acorde a la Guía de Administración del Riesgo DAFP V5 2020

Además verifica la efectividad del plan de acción que mitigue los riesgos de corrupción.

Lineamiento 9: Identificación y análisis de cambios significativos

9.1 Acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo, se monitorean los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes.

La Segunda Línea de defensa conformada por la Profesional de Planeación y los supervisores de contrato y según el artículo noveno (Niveles de Responsabilidad) de la Política de Administración del Riesgo son quienes asesoran a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, con lo cual se establecen los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo y se realizan los ajustes a que haya lugar.

La Segunda Línea de defensa conformada por la Profesional de Planeación y los supervisores de contrato y según el artículo noveno (Niveles de Responsabilidad) según la Política de Administración del Riesgo son quienes asesoran a la línea estratégica en el

análisis del contexto interno y externo, con lo cual se establecen los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo y se realizan los ajustes a que haya lugar.

La Oficina de Control Interno según la Política de Administración del Riesgo, verifica que se realice monitoreo a los factores internos y externos los cuales están registrados dentro de la Matriz de Administración del Riesgo y son monitoreados en cada seguimiento con periodicidad cuatrimestral. Se evidencia que Salud Sogamoso E.S.E., tienen en cuenta que dentro de los factores internos, tiene en cuenta factores que tienen que ver con el funcionamiento de la Entidad en lo referente a la Gestión de los procesos, Talento Humano, Tecnología. Como factores internos Ahora como factores externos que corresponden a situaciones fuera del control de la Entidad

9.2 La Alta Dirección analiza los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas que afecten la prestación del servicio a los usuarios, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa.

Salud Sogamoso E.S.E. Documentó el Manual de contratación Institucional, donde se identifica que: la Alta Dirección a través de los Profesionales Líderes de Proceso y supervisores de contrato, son quienes analizan los riesgos asociados a las actividades contratadas, desde el mismo momento del estudio de necesidades.

La Línea Estratégica y La Primera Línea de Defensa toma como base líneas de comunicación y reporte, por parte de la segunda y tercera línea de defensa

La Oficina de Control Interno, según la revisión de los riesgos asociados a las actividades contratadas, y con base en **GLE-F- 006 versión 4**, el cual fue actualizado en su contenido y aprobado por junta directiva mediante Acuerdo N° 17 del 15 de junio de 2022, en el cual uno de los puntos de gran importancia corresponde al numeral 16 del formato que contiene **ANÁLISIS DE LOS RIESGOS ASIGNADOS EN ESTUDIOS PREVIOS**, con este seguimiento se debe revisar lo correspondiente a :

TIPO DE RIESGO (FINANCIERO, JURIDICO, OTRO)	CLASE DE RIESGO (Calidad, salarios, cumplimiento, responsabilidad)	DESCRIPCIÓN	¿COMO SE ESTA CONTROLANDO?	EXISTE RIESGO DE MATERIALIZACIÓN	OBSERVACIÓN
---------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	-------------	----------------------------	----------------------------------	-------------

Es necesario tener en cuenta por parte de la Alta dirección que los riesgos aplican en forma extensiva a los diferentes sistemas de gestión institucional y aplica a contratistas, proveedores, colaboradores.

9.3 La Alta Dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos

Los líderes de los procesos monitorean los riesgos identificados y aceptados, conforme al Procedimiento establecido para la administración del Riesgo Institucional y "Política de

administración del riesgo", reportando a la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa y a la Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa sus resultados.

La Oficina de Control Interno, hace seguimiento a los riesgos materializados en el diferente proceso, con el objetivo de realizar seguimiento a los controles establecidos posteriormente a la materialización, con el objetivo de determinar que estos nuevos controles cumplan con las características de efectividad y que logren su propósito que es el mitigar el riesgo.

El seguimiento a los mapas de riesgos de los procesos de Salud Sogamoso E.S.E. 2022, es realizado por parte de la P.U. Líder de Planeación , quien identifica la efectividad de los controles establecidos en los mapas de riesgos , así como su diseño y las características para sostenerlos como riesgos aceptables dentro de cada proceso, conforme a lineamientos del procedimiento. La mesa de trabajo se realiza junto a la P.E. de Calidad y P.U. Líder de Control Interno.

9.4 La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa.

Las Líneas de defensa Primera, segunda y tercera para el 2022, realizan mesa de trabajo con el objetivo de hacer seguimiento a la administración de riesgo, en periodos cuatrimestrales lo cual se socializa en comité de <gestión y Desempeño al a par con la Socialización del POAS, PAMEC, con lo cual se realiza evaluación por parte de la Alta dirección.

La oficina de Control Interno, con base en la mesa de trabajo realizada para verificar el cumplimiento, monitoreo, seguimiento, y evaluación de los riesgos en periodos cuatrimestrales, procede a realizar evaluación de la efectividad del control según los lineamientos establecidos en la Guía de administración del riesgo V5 del 2020.

9.5 La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales.

En el "Contexto Estratégico de salud Sogamoso E.S.E." analiza los diferentes factores internos y externos que pueden afectar el funcionamiento del Sistema de Gestión, considerando el entorno institucional.

Salud Sogamoso E.S.E. ha definido e identificado los factores externos e internos de la entidad los cuales son un insumo para la identificación de riesgos de los procesos y que con lo cual permite analizar el impacto de los mismos sobre el control interno.

Lineamiento 10:

Diseño y desarrollo de actividades de control (Integra el desarrollo de controles con la evaluación de riesgos; tiene en cuenta a qué nivel se aplican las actividades; facilita la segregación de funciones).

10.1 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación

Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con una adecuada división, designación y segregación de funciones en diferentes personas, lo cual conlleva a mitigar riesgos; asimismo ocurre con el desarrollo de actividades de control, las cuales son ejercidas por los Profesionales Líderes de Proceso, apoyándose en el talento Humano de cada proceso mediante actividades de control asociando roles y responsabilidades a cada uno de los funcionarios y/o procesos que participan en determinadas actividades.

La Oficina de Salud Sogamoso E.S.E., identifica respecto a la designación de funciones, bajo la normatividad establecida, por lo que cada actividad es realizada bajo la inspección y vigilancia del responsable; Los riesgos son administrados y gestionados por los Profesionales líderes de proceso, y son ellos quienes establecen las actividades de control en los diferentes procesos Institucionales, con lo cual se logra articulación y segregación de funciones, asimismo se logra reducción del riesgo y/o mitigación. Sin embargo es importante mencionar en el desarrollo del proceso de facturación, cartera, tesorería que en momentos no se realiza la separación precisa y podría incurrirse en materialización de alguno de los riesgos identificados por parte de la P. U. Líder

10.2 Se han identificado y documentado las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones (ej.: falta de personal, presupuesto), con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados.

Salud Sogamoso E.S.E., identifica que la suficiencia de personal es acorde con las funciones, sin embargo es importante revisar la capacidad del talento humano del proceso de facturación, cartera, tesorería e informes, asimismo revisar lo referente a controles para la efectividad de estos procedimientos.

La Oficina de Control interno, En el ejercicio de seguimiento y/o evaluación de la formulación del mapa de riesgos realizado para la vigencia 2022, por parte de la P.U. Líder de proceso para el 2022, se identifica que hay quienes no cuentan con opción de segregación de funciones de responsable, donde se podría decir que no se estaría implementando en forma total y/o adecuada.

10.3 El diseño de otros sistemas de gestión (bajo normas o estándares internacionales como la ISO), se integran de forma adecuada a la estructura de control de la entidad.

Salud Sogamoso E.S.E. se articula con el manual de acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia con el cual se establece lineamientos del planear, ejecutar, verificar, actuar y evaluar actividades inherentes al Sistema de Salud; así mismo se evidencian lineamientos generales, articulados con políticas generales y específicas que se deben cumplir acorde a requerimientos técnicos de estándares de acreditación.

La Oficina de Control interno demuestra que dentro de Normas Internacionales están integradas al sistema de control de la entidad, tal como se puede evidenciar en la documentación, que se basa en Normatividad de calidad, y se desprende de la ISO 3100. Se cuenta con el Modelo Integrado de planeación que integra el Sistema de Desarrollo

Administrativo y la gestión de la calidad, articulado al Sistema de Control Interno dando cumplimiento al Decreto 1499 de 2017, Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Además se trabaja Acreditación en Salud, teniendo como base el Manual de acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia.

Lineamiento

11:

Seleccionar y Desarrolla controles generales sobre TI para apoyar la consecución de los objetivos.

11.1 La entidad establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas; los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías

Salud Sogamoso E.S.E. ha establecido y documentado actividades de control sobre la infraestructura tecnológica y los procesos de Gestión de la Seguridad en el Manual de Políticas de Seguridad de Información, Control de accesos a las diferentes aplicaciones, Bases de Datos y operaciones de Red.

La Oficina de Control Interno verifica que Salud Sogamoso E.S.E. desarrolla actividades de control general sobre la tecnología para apoyar el cumplimiento de los objetivos. Específicamente se evidencia la configuración **Línea de seguridad en la aplicación de las bases de datos y en el sistema operativo en general, Administración de usuarios, Control de acceso**, Sin embargo es necesario mencionar la necesidad de revelar controles de Evaluación de aspecto normativo de Tecnología de la Entidad (resolución 1519 del 2020 MINTIC y circular 018 DEL 2021 de Procuraduría), asimismo indispensable verificar los avances incurridos en el autodiagnóstico del Política de Gobierno Digital del MIPG. Es importante mencionar que en pro de contar con herramientas automatizadas ha celebrado contrato con Almera, en búsqueda del logro de objetivos estratégicos.

11.2 Para los proveedores de tecnología selecciona y desarrolla actividades de control internas sobre las actividades realizadas por el proveedor de servicios.

Salud Sogamoso con base en los diferentes manuales entregados por los proveedores de tecnología, realiza seguimientos para evidenciar la efectividad de controles establecidos dentro de la misma tecnología ofrecida, en forma de lograr articulación con los distintos manuales y procedimientos internos de control Institucionales

La Oficina de Control Interno, evidencia que Salud Sogamoso a través de P.U. DE Recursos Informáticos, quien es el supervisor designado para el contrato con el proveedor del servicio CNT, es quien ejerce las actividades de control y seguimiento; con base en términos de referencia establecido dentro de la relación contractual.

11.3 Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.

Salud Sogamoso E.S.E. a través de la Oficina de Recursos Informáticos ha definido el "Manual de Políticas de Seguridad de la Información, dentro de los cuales se encuentra los P.U. Líderes de Proceso: de Planeación, Salud Publica, Talento humano, Financiera, Presupuestal, Calidad.... A cada uno de los usuarios según la asignación establecida por

los Subgerentes Administrativo y de Servicios, y acorde al rol laboral, se establecen permisos de usabilidad.

La Oficina de Control interno según se evidencia con base en el manual de Seguridad de la Información y protección de datos personales, Política de Recursos Informáticos, GRI-P-014 GESTIÓN INCIDENTES DE SEGURIDAD DE INFORMACIÓN, GRI-P-009 PROCEDIMIENTO PARA MINERÍA DE DATOS, GRI-P-008 ADMON DE USUARIOS SISTEMAS INFORMACION, GRI-P-006 PROCEDIMIENTO CONTINGENCIA DE RECURSOS INFORMÁTICOS, GRI-P-005 GENERACION COPIAS DE SEGURIDAD.; se logra control de La matriz de Rol Usabilidad según requerimientos y aprobación por parte de la Alta Dirección.

11.4 Se cuenta con información de la 3a línea de defensa, como evaluador independiente en relación con los controles implementados por el proveedor de servicios, para asegurar que los riesgos relacionados se mitigan.

De acuerdo al mapa de riesgos del proceso "Gestión de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones", la Oficina de Control interno ha determinado que es indispensable adelantar las acciones establecidas en el Autodiagnóstico de Gobierno Digital, toda vez que allí existen actividades que se debe realizar tales como

- La entidad realizó durante el periodo evaluado seguimiento al uso de datos abiertos publicados.
- Durante el periodo evaluado se generaron soluciones o insumos para la solución de las problemáticas o necesidades de la entidad, a partir de las acciones, iniciativas o ejercicios de colaboración con terceros usando medios electrónicos.
- Indique el porcentaje de ejercicios, iniciativas o acciones de participación que realizó la Entidad con la ciudadanía, usuarios o grupos de interés utilizando medios electrónicos para la consulta o toma de decisiones, respecto del total de ejercicios, iniciativas o acciones de participación que ha realizado la Entidad con la ciudadanía, usuarios o grupos de interés, durante el periodo evaluado.
- Con relación a la gestión y planeación de los componentes de información, la entidad:

a. Definió un esquema de gobierno de los componentes de información

b. Definió una metodología para el diseño de los componentes de Información

c. Definió un esquema para el análisis y aprovechamiento de los componentes de Información.

e. Ninguna de las anteriores.

La Oficina de Control Interno verifica que en cumplimiento de la Política y Procedimiento de Administración del Riesgo; adelantó la evaluación a la efectividad de controles establecidos en el mapa de riesgo del proceso "Gestión de Recursos Informáticos" en el primer cuatrimestre del 2022, como se encuentra registrado en el mapa de riesgo de dicho proceso, conforme al lineamiento dado para este numeral.

Lineamiento

12:

Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).

12.1 Se evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivas, manuales u otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control.

Salud Sogamoso E.S.E. dentro de la Visión Institucional la acreditación en el año 2024; implícitamente contempla la actualización de políticas, manuales, procesos, procedimientos..... en el transcurso de autoevaluación interna y revisión de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario, por tanto la Línea Estratégica se ha trazado una serie de objetivos, dentro de los cuales está la de la evaluación, actualización de procedimientos, políticas, manuales, guías, formatos y otras herramientas necesarias en pro de lograr estándares óptimos.

La Oficina de Control interno, evidencia que dentro de la actualización de los Procedimientos, Guías, Manuales Institucionales, Formatos..... es realizada en forma permanente, mediante aprobación por Junta Directiva, según se demuestra en el Manual de Procesos y procedimientos, que la última versión para esta vigencia es la Versión 13 con corte a junio 15 del 2022, determinando así que para primer semestre se realizan 2 actualizaciones al Manual de Procedimientos, toda vez que la última versión 2021 fue la versión 11

12.2 El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo.

Salud Sogamoso E.S.E., mediante La política de Administración del Riesgo, aprobado por resolución 342 de octubre de 2020, Con procedimiento GDP-P-009 y la Matriz Formulación de riesgo GDP-F-040, se establece para todos los procesos Institucionales, a partir de la identificación del riesgo, estableciendo causas posibles, ante las cuales se determinan controles con los que logre la mitigación de ocurrencia del riesgo. Estos controles son revisados por parte de la Profesional Líder de Planeación y luego son evaluados frente a la efectividad de los mismos por parte de la Profesional de Control Interno.

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E., mediante el seguimiento monitoreo y administración de la matriz del riesgo, donde se determinan los controles, se evalúa su efectividad, así como el plan de acción correspondiente que coadyuve a la mitigación del riesgo, comprobando que el control realmente se ajusta a los requerimientos

12.3 Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad.

Salud Sogamoso E.S.E. con base en el procedimiento establecido para la administración del riesgo en el que establece a partir de la identificación del riesgo y sus causas sobre lo cual se detectan los controles que generan un plan de acción mediante el que se realiza el monitoreo, seguimiento, medición y evaluación donde se toman acciones a realizar con el objetivo de formalizar una administración y Gestión segura

La Oficina de Control Interno, con base en la política de Administración del Riesgo, aprobado mediante resolución 342 de octubre de 2020, Con procedimiento GDP-P-009 y la Matriz Formulación de riesgo GDP-F-040, en la cual establece la identificación del riesgo inherente por proceso, identificación de causas establecimiento de controles a los mismos, verifica el plan de acción que conlleve a la mitigación del riesgo con lo cual se determina el riesgo residual es decir posterior a la implementación de los controles establecidos y se da continuidad a la Mejora continua.

12.4 Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados.

Salud Sogamoso E.S.E. con base en el procedimiento de Administración del riesgo institucional y bajo el direccionamiento de la P.U. Líder del proceso, asigna la Persona(s) que ejecute el control, quien debe tener la autoridad, competencias y conocimientos para ejecutar el control dentro del proceso y sus responsabilidades deben ser adecuadamente segregadas o redistribuidas entre diferentes individuos, para reducir así el riesgo de error o de actuaciones irregulares o fraudulentas. Si ese responsable quisiera hacer algo indebido, por sí solo, no lo podría hacer.

La Oficina de Control Interno, mediante monitoreo, seguimiento y evaluación a los controles por cada riesgo y en cada proceso, determina la efectividad de, partiendo del desarrollo establecido por la Guía de Administración del Riesgo del DAFP V5 2020.

12.5 Se evalúa la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, considerando cambios en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos que determinen cambios en su diseño.

Según la política y el procedimiento de Administración del Riesgo " en los que se definen las responsabilidades adquiridas en administración del riesgo por parte de cada P.U. Líder de proceso en lo pertinente al monitoreo y reporte teniendo adherencia al procedimiento de comunicaciones.

La oficina de Control interno evidencia que dentro de los aspectos a considerar se incluyen los cambios en el entorno que afectan la ejecución de los controles establecidos y que podrían generar nuevos riesgos.

COMPONENTE DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Lineamiento 13:

Utilización de información relevante (Identifica requisitos de información; Capta fuentes de datos internas y externas; Procesa datos relevantes y los transforma en información).

13.1 La entidad ha diseñado sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos.

Salud Sogamoso ha diseñado sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos. A partir del diseño y mantenimiento de los sistemas de información, según procedimientos; GRI-M-001 Manual de Seguridad de la Información; GRI-G-001, Guía de Gestión de

Incidentes de la Información; GRI-P-006, Contingencia de recursos informáticos; GRI-P-12Administración de Redes ; GRI-P-005 Generación de Copias de Seguridad, todo lo cual conforma el <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#>. Es importante señalar que tanto los Sistemas de información misionales como de apoyo a la gestión, están diseñados conforme a las necesidades de los usuarios externos e internos mediante la matriz de necesidades de la información GTB--012.Procedimiento identificación de necesidades de comunicación GRI_P_009

La Oficina de Control Interno Institucional , verifica que se hayan diseñado sistemas de información que capturan y procesan los datos que competen al desarrollo del objeto social de la Entidad, los cuales transforma y expresa información clara, precisa y útil, dando respuesta a los requerimientos que conlleven al logro de los objetivos estratégicos Institucionales

13.2 La entidad cuenta con el inventario de información relevante (interno/externa) y cuenta con un mecanismo que permita su actualización

Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con inventario de información relevante interna y externamente mediante implementación del Software Ventanilla Única, para lo cual cuenta con GDO-P-006 procedimiento Gestión y Trámite Ventanilla Única de Correspondencia, acompañado de formatos GDO-F-008 Registro Información y Comunicación Enviada y GDO-F-007 Registro Ingreso Información y Comunicación Interna Y Externa. Cuenta con mecanismos para su actualización mediante tablas de control de acceso aplicados en los archivos de Gestión y archivo central, con el fin de mantener la integridad de los documentos y garantizando el acceso a la información, de las personas de interés, con medidas de seguridad. GDO-F-009 Registro de Activos de Información, GDO-F-010 índice de información clasifica y reservada.

La Oficina de Control Interno determina que la Entidad cuenta con inventario de información interna y externa según activos de información y que los mismos se encuentran actualizados a la fecha de emisión del informe, actividad que se realiza con regularidad y oportunidad.

13.3 La entidad considera un ámbito amplio de fuentes de datos (internas y externas), para la captura y procesamiento posterior de información clave para la consecución de metas y objetivos.

Salud Sogamoso E.S.E. Cuenta con bastantes fuentes de datos tanto externas como internas, sobre las cuales se trabaja en forma permanente para lograr la mayor cobertura de información y con lo cual se logra el desarrollo de la misión Institucional enfocándose en la meta trazada

La oficina de Control Interno, evidencia que como canales de comunicación a nivel interno y externo con los cuales la Entidad cuenta son:

BASES DE DATOS DE EAPB que ingresan, BASES DE DATOS que se generan en la Entidad en el desarrollo de las actividades propias de la Entidad. (Backup)

CANALES OFFLINE: televisión, radio, prensa, vallas publicitarias, eventos, etc.

CANALES ONLINE: Página web, blog, redes sociales, email, etc.

La evaluación del plan de comunicaciones se realiza en periodos semestrales, por parte del líder de la oficina de comunicaciones, a partir de los indicadores preestablecidos.

La información obtenida, a nivel interno y externo se constituye en insumo para la formulación de los Planes de mejora en pro del ciclo PHVA.

13.4 La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes

Salud Sogamoso E.S.E. dentro de los controles en el proceso de información establece controles que amparen los principios de la información relevante dentro de los cuales contamos con: GRI-P-007 procedimiento de protección de datos personales, GRI-F-007 de autorización para el uso de datos personales, dando cumplimiento de la ley de transparencia; garantizando el derecho de acceso a la información, transparencia y accesibilidad.

La Oficina de Control Interno, ha realizado auditoria al procedimiento de comunicaciones y se ha determinado que falta trabajar en todo o referente al anexo de datos abiertos de la resolución 1519 del 2020.

Lineamiento 14:

Comunicación Interna (Se comunica con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente; Facilita líneas de comunicación en todos los niveles; Selecciona el método de comunicación pertinente).

14.1 Para la comunicación interna la Alta Dirección tiene mecanismos que permitan dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, de manera tal que todo el personal entiende su papel en su consecución. (Considera los canales más apropiados y evalúa su efectividad).

Salud Sogamoso E.S.E. establece mecanismos de comunicación interna y externa atendiendo los procedimientos de: Procedimiento de Comunicaciones GMA-P-005. GMA-F-004. Procedimiento de Ambientación de espacios GMA-P-007, Procedimiento Rueda de Prensa GMA-P-006. Lista de Chequeo ley de Transparencia y acceso a la información pública de salud Sogamoso E.S.E. GMA-F-004. Se establecieron indicadores de medición de eficacia y efectividad de los mismos, en procura de verificar el logro del objetivo Institucional.

La Oficina de Control interno verifica que Salud Sogamoso E.S.E., atendiendo la ley 1712 del 2014 cuyo objetivo es el de regular el derecho de acceso a la información pública, que articulado con el componente de información y comunicación de MECI busca que mediante los procedimientos, formatos y otros mecanismos, se logre la captura, procesamiento y generación de datos que satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación sea adecuada a las necesidades y expectativas de los diferentes usuarios.

14.2 La entidad cuenta con políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad)

Salud Sogamoso E.S.E., con el objetivo de resguardar y proteger la información buscando mantener la confidencialidad, la disponibilidad e integridad de datos, establece, socializa e implementa el GRI-M-001 manual de gerencia y seguridad de la información, como el conjunto de medidas preventivas y reactivas de las organizaciones y de los sistemas tecnológicos de la Entidad. Asimismo se adopta la Guía GRI-G-001 gestión incidentes seguridad de la información.

La Oficina de Control Interno, verifica que Salud Sogamoso cuenta con políticas de operación relacionadas con la administración de la información mediante GRI-M-001 manual de gerencia y seguridad de la información y la Guía GRI-G-001 gestión incidentes seguridad de la información como documentos que aunados con la Política de Comunicaciones, Política de Seguridad de la Información, establecen claramente los niveles de responsabilidad y autoridad en lo referente a la administración de la Información Institucional.

14.3 La entidad cuenta con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y se cuenta con mecanismos específicos para su manejo, de manera tal que generen la confianza para utilizarlos

Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con canales de información interna, en la cual se pueden interponer denuncias confidenciales de alguna desviación y además cuenta con el correspondiente mecanismo para su manejo así:

GTH-P-021 Procedimiento, Escuchándote Mejoramos, cuyo objetivo es el de Garantizar el derecho de los colaboradores de Salud Sogamoso E.S.E para presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones, que surjan con ocasión a temas relacionados a convivencia laboral de Salud Sogamoso E.S.E, permitiendo a la institución establecer estrategias de mejora continua.

Procedimiento GAA-P-050 tramite de PQRSF. Es un procedimiento que procede tanto para colaboradores como para usuarios de situaciones internas como externas. Aunado a este se encuentra el Procedimiento GAA-P-033 manejo de buzón de sugerencias, GAA-P-060 elaboración del informe de PQRSD. Acompañado de estos procedimientos se establecieron formatos pertinentes: GAA-F-058 elaboración del informe de PQRSD, GAA-F-057 consolidado PQRSF, GAA-F-056 buzón de sugerencias, GAA-F-055 peticiones, quejas y reclamos, GAA-F-054 acta de fijación y des fijación, GAA-F-053 apertura de buzón de sugerencias.

La oficina de Control Interno, atendiendo el diferente proceso, procedimientos, formatos y otros documentos, verifica que con la compilación de los diferentes documentos se busca eficacia y eficiencia en el manejo de la denuncia anónima o no anónima, o confidencial de posibles situaciones irregulares, generando confianza hacia quienes los interponen. Control Interno mediante el monitoreo, seguimiento y evaluación de la

apertura de buzones, verifica adherencia al procedimiento PQRSF intranet, Peticiones, solicitudes y demás mecanismos utilizados por la Entidad.

14.4 La entidad establece e implementa políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva

Salud Sogamoso E.S.E. dentro de las políticas y procedimientos que conllevan a una adecuada comunicación interna efectiva, está la política de comunicaciones con la cual se busca responder de manera oportuna y eficiente a los intereses y necesidades de la comunidad por medio de la información transmitida por la entidad, garantizando el adecuado uso de la imagen corporativa que se ajusta a los lineamientos establecidos en el plan de comunicaciones. Asimismo establece el procedimiento GMA-P-005 procedimiento de comunicaciones con el cual se busca Estructurar e implementar el procedimiento de comunicaciones, que garantice una información eficaz y asertiva, dando respuesta a las necesidades y manejo de la información interna y externa de Salud Sogamoso E.S.E.

La Oficina de Control Interno, mediante verificación de las comunicaciones internas y externas evidencia adherencia a los diferentes lineamientos establecidos por Salud Sogamoso E.S.E., Sin embargo es indispensable que los equipos de mejoramiento logren transversalidad hacia los equipos de autoevaluación y de allí a los equipos primarios, todo lo correspondiente a información asertiva en forma cruzada.

Lineamiento

15:

Comunicación con el exterior (Se comunica con los grupos de valor y con terceros externos interesados; Facilita líneas de comunicación).

15.1 La entidad desarrolla e implementa controles que facilitan la comunicación externa, la cual incluye políticas y procedimientos. Incluye contratistas y proveedores de servicios tercerizados (cuando aplique).

Salud Sogamoso E.S.E. ha establecido mediante procedimientos, procesos, Guías; GQL_G-015 Gestión de la Adecuada Comunicación, GQL-F-047 Comunicación Efectiva del Personal de Salud, GQL-F-010, Formato para Auditoria de comunicación asertiva, GMC-P-005 Procedimiento de Comunicaciones el cual contempla Comunicación Interna, Externa, Medios de Comunicación, Componente de Comunicación Publica, Comunicación Organizacional. GMC-F-015 Necesidades de comunicación. GMC-F-003 cronograma de comunicaciones, GDO-F-08 Registro de Información Enviada; con el ánimo de lograr canales de comunicación efectivos con entes externos, con grupos de valor, proveedores, contratistas, grupos de interés y demás usuarios. Asimismo se cuenta procedimientos para el uso de página web institucional, redes sociales y correo electrónico.

La Oficina de Control Interno, verifica que se han establecido controles frente a los riesgos de la comunicación externa, los cuales están contemplados en la matriz de riesgos del proceso, que son monitoreados, evaluados y gestionados. Dentro de los riesgos contemplados tenemos: Publicación de comunicación no validada, Publicación de información en la página web sin control respectivo, Inoportunidad en la publicación de información obligatoria en la página web

15.2 La entidad cuenta con canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar, y éstos son reconocidos a todo nivel de la organización

Dentro del procedimiento se levanta el GMA-F-01, en el cual se establecen las comunicaciones internas y externas. Registro Fotográfico y video para apoyo de actividades de comunicaciones, Grupos de WhatsApp, Plataforma Electrónica. Página WSalud Sogamoso E.S.E. ha establecido mediante procedimientos, procesos, Guías; GQL_G-015 Gestión de la Adecuada Comunicación, GQL-F-047 Comunicación Efectiva del Personal de Salud, GQL-F-010, Formato para Auditoría de comunicación asertiva, GMC-P-005 Procedimiento de Comunicaciones el cual contempla Comunicación Interna, Externa, Medios de Comunicación, Componente de Comunicación Publica, Comunicación Organizacional. GMC-F-015 Necesidades de comunicación. GMC-F-003 cronograma de comunicaciones, GDO-F-08 Registro de Información Enviada: todos los procedimientos, formatos, guías... son socializados a todo nivel de la Entidad, una vez son aprobados por Junta Directiva para su correspondiente implementación.

La Oficina de Control Interno, realiza seguimiento en POAS, PAMEC, RIESGOS en forma periódica, en lo cual se identifica que todos los documentos aprobados por Junta Directiva, sean socializados y correspondan a los que se estén implementando. Se hace adherencia de lo correspondiente a los diferentes procedimientos establecidos, cree importante continuar con el fortalecimiento de los medios de comunicación internos y externos Institucional, dentro del objetivo del procedimiento GMA-P-005, cuyo objetivo corresponde transmitir de manera veraz, asertiva y oportuna, a clientes internos y externos de Salud Sogamoso la información general de acuerdo a las necesidades de información requeridas por proceso.

15.3 La entidad cuenta con procesos o procedimiento para el manejo de la información entrante (quién la recibe, quién la clasifica, quién la analiza), y a la respuesta requerida (quién la canaliza y la responde).

Salud Sogamoso E.S.E. cuenta con el módulo Registro de correspondencia de Ventanilla Única, cuyo propósito es el de: centralizar, administrar y normalizar el trámite de los documentos que ingresan a la institución (respuestas y/o solicitudes) garantizando una adecuada prestación del servicio en cumplimiento a la normatividad vigente; software que permite a los usuarios internos realizar los trámites como permisos, autorizaciones, licencias, certificaciones, necesarios para prestar servicios y a los usuarios externos responder las solicitudes, requerimientos.....La Gerencia analiza deriva en la profesional responsable de ventanilla Única la derivación de la información a quien corresponda.

La Oficina de Control Interno, mediante revisiones de informes que envía el P.U. Líder de Gestión Documental logra establecer desviaciones, las cuales son monitoreadas y evaluadas, en forma de lograr adherencia total al procedimiento de Gestión y Trámite de Ventanilla, por parte del Talento humano de la Entidad.

15.4 La entidad cuenta con procesos o procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar

Salud Sogamoso E.S.E., Implementa el plan de comunicaciones para garantizar información eficaz y asertiva, con lo cual se da respuesta a las necesidades y manejo de la información interna y externa Institucionales, así mismo fortalecer la imagen institucional a través de los diferentes medios de comunicación, Para cada vigencia Se establece un Plan de Comunicaciones , el cual cuenta con seguimiento periódico para determinar posibles desviaciones o fallos de calidad; mediante indicadores establecidos en los POAS, PAMEC, RIESGOS, Asimismo mediante indicadores de proceso.

La Oficina de Control Interno, verifica que la P.U. Líder de comunicaciones realice monitoreo y seguimiento a la efectividad de los canales de comunicación y sus contenidos a nivel externo, la medición la realiza a través de indicadores establecidos dentro del procedimiento de comunicaciones así:

- a) Número de publicaciones realizadas /número total de publicaciones programadas en el cronograma de comunicaciones
- b) Número de comunicaciones no planeadas (fortuitas) ejecutadas/ número total de comunicaciones fortuitas radicadas en el área de comunicaciones.
- c) Número de comunicaciones publicadas en página Web/ Número de contenidos enmarcados en lista de chequeo para página Web.

15.5 La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente.

Con base en la Información por parte de la P.U. de Planeación y la Subgerente de servicios quienes actualizan la caracterización de usuarios; la P.U. SIAU grupos de interés para lo cual se establece realizarla en forma periódica. En la Página Web se encuentra al año 2021, se hace necesaria la publicación de la caracterización 2022, toda vez que esta es indispensable previo a la formalización contractual; sin embargo es importante mencionar que las bases de datos de usuarios está caracterizada según requerimientos y se realiza personalización interna en forma permanente teniendo en cuenta que para ser atendidos deben estar identificados para sus correspondientes ofertas institucionales.

La Oficina de Control Interno, evidencia que con el objetivo de Tener información de calidad sobre tus **usuarios** y poder ofrecer los servicios de Salud en forma efectiva se tienen en cuenta variables como características de población rural o urbano, ocupación, curso de vida..... ... a las cuales se busca que sean medibles identificables, con lo cual se logra efectividad en la prestación del servicio, facturación, causación de cartera y presenta mayor seguridad de lograr el recaudo de recursos, todo se enfoca a la mejora en el Diseño del Portafolio de servicios, diseño de los canales de atención, diseño de comunicación, diseño de RDC, diseño de Participación Ciudadana

15.6 La entidad analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes.

Salud Sogamoso E.S.E. realiza análisis a través de la consolidación de encuestas de satisfacción al usuario, en periodo mensual; asimismo el informe semestral de Control Interno del seguimiento y evaluación de las PQRSF y evaluación semestral del

consolidado de encuestas de satisfacción, en las cuales se valora oportunidad en la respuesta a los usuarios, ante lo cual se dejan recomendaciones

La Oficina de control Interno de Salud Sogamoso E.S.E. en forma permanente realiza seguimiento, monitoreo y evaluación frente a la respuesta de manera oportuna a las PQRS de los usuarios, por sede, las cuales se consolidan y se analizan persistentemente. Los resultados de estas encuestas son el insumo para la mejora continua en la prestación del servicio

COMPONENTE DE ACTIVIDADES DE MONITOREO

Lineamiento 16. Evaluaciones continuas y/o separadas (autoevaluación, auditorías) para determinar si los componentes del Sistema de Control Interno están presentes y funcionando.

16.1 El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por parte del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces y hace el correspondiente seguimiento a sus ejecución?

En el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la Oficina de Control Interno anualmente presenta el Plan Anual de Auditoría de la vigencia, basada en riesgos por procesos, en el cual registra los informes de ley, asimismo la programación de los comités institucionales, el cual es aprobado y publicado en la página web. Para la vigencia 2022 se aprobó mediante acta 1 del 31 de marzo del 2022

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E. socializa para la aprobación por parte del Comité de Coordinación de Control Interno, el cual fue aprobado en comité de coordinación de control interno acta 2 de marzo 31 2022. Al plan anual de auditorías se realiza seguimiento en periodos bimestrales lo cual es socializado en comité de gestión y desempeño mediante el tablero de indicadores. gi.almeraim.com/sji/seguimiento/?ingresar=true#

16.2 La Alta Dirección periódicamente evalúa los resultados de las evaluaciones (continuas e independientes) para concluir acerca de la efectividad del Sistema de Control Interno

de Control Interno se estableció su propio POA, el cual tiene seguimiento en periodos La Alta Dirección en Comité de Coordinación de Control Interno conformado por todos los P.U. Líderes de Proceso Institucional y presidido por la Gerente, en cumplimiento de las funciones establecidas en la resolución 108 del 2022, corresponde al CCCI –Evaluar el sistema de control Interno y aprobar las modificaciones, actualizaciones y acciones de fortalecimiento del sistema partir de la normativa vigente, de los informes presentados por el Asesor de Control Interno. Asimismo es necesario mencionar que para el Comité de Coordinación bimestrales.

La Oficina de Control Interno dando cumplimiento a los diferentes procedimiento del Sistema de Control Interno, estableció su POA de la Oficina de Control Interno, el cual debe ser desarrollado con tiempos y movimientos y se mide en periodos bimestrales, presentando sus avances en Comité de Gestión y Desempeño y la respectiva medición se realiza en Comité de Coordinación de Control Interno en periodos bimestrales,

trimestrales, cuatrimestrales, semestrales y anuales, lo cual conlleva un seguimiento permanente.

16.3 La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces realiza evaluaciones independientes periódicas (con una frecuencia definida con base en el análisis de riesgo), que le permite evaluar el diseño y operación de los controles establecidos y definir su efectividad para evitar la materialización de riesgos

Según el Plan Anual de Auditorías basada en riesgos, aprobado en Comité de Coordinación de Control Interno, este plan se proyectó con base en la Matriz de riesgo (según criticidad) por proceso y según POAS 2022, PAMEC 2022; se realiza seguimiento a todos los procesos para evidenciar la efectividad de los controles establecidos.

La oficina de Control Interno, ha planteado el Programa de Auditorías, así mismo informes de ley exigidos por Entidades de control Nacional, Departamental, Municipal. Cuatrimestralmente se hace seguimiento a la efectividad de los controles por proceso mediante auditorías internas, lo cual se realizó y se radica la evaluación a la Gerencia.

16.4 Acorde con el Esquema de Líneas de Defensa se han implementado procedimientos de monitoreo continuo como parte de las actividades de la 2ª línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones.

Según las líneas de defensa la Entidad a través de la Oficina Asesora de Planeación y Control Interno se establecieron los lineamientos y mecanismos para definir los responsables de los procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación, asimismo la política de control interno actualizada mediante resolución 156 del 2022, instituye las tres líneas de defensa donde se menciona los conformantes, las responsabilidades de cada una de ellas en cada componente del MECI.

La Oficina de Control Interno, junto con la P.U. Líder de Planeación y P.U. especializada de calidad, a través del seguimiento de los Planes institucionales POAS, PAMEC, PAAC, Plan de desarrollo para el 2020-2024, Plan financiero Anual (Presupuesto), todos los cuales están en permanente interacción y evaluación, con seguimientos periódicos por bimestre, cuatrimestre, semestre, con lo cual se realiza medición y evaluación parcial para la toma de decisiones, todo lo cual se socializa en Comité de Gestión y Desarrollo, donde la coordinadora es la P.U. Líder de planeación.

16.5 Frente a las evaluaciones independientes la entidad considera evaluaciones externas de organismos de control, de vigilancia, certificadores, ONG u otros que permitan tener una mirada independiente de las operaciones.

La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa, toma como referentes los informes de evaluación elaborados por los entes externos como son los de la Contraloría General de Boyacá, según la presentación de la cuenta anual, quien formula recomendaciones de prevención de daño antijurídico, recursos financieros como lo son la contratación. El DAFP (FURAG), los cuales son incluidos en el capítulo de planes de mejoramiento de los informes de evaluación independientes elaborados por esta Oficina.

Desde el proceso de Control Interno, se lleva control al cumplimiento de las acciones de mejora producto de las auditorías de entes de control y se vela por que las mismas se

cumplan dentro de los términos establecidos, presenta informe de seguimiento a la Gerencia

Lineamiento

17.

Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente (Evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y Monitorea las medidas correctivas).

17.1 A partir de la información de las evaluaciones independientes, se evalúan para determinar su efecto en el Sistema de Control Interno de la entidad y su impacto en el logro de los objetivos, a fin de determinar cursos de acción para su mejora

Al realizar las evaluaciones independientes se presentan los informes a la gerencia (cliente interno), con los cuales formulan por parte de los evaluados acciones de mejora para corregir las brechas o desviaciones que se estén presentando y que se interponen ante la consecución de objetivos del proceso y de la Entidad, bajo términos establecidos, los cuales se consolidan en el Plan de Mejoramiento Institucional.

La Oficina de Control Interno a través de las evaluaciones independientes logra verificar la efectividad del sistema de control interno, Se realiza seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento con lo cual se determina la efectividad de las acciones propuestas dentro del plan de mejoramiento formulado por el responsable del proceso auditado

17.2 Los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros) se consolidan y se concluye sobre el impacto en el Sistema de Control Interno, a fin de determinar los cursos de acción

A partir de la evaluación independiente que adelanta la Oficina de Control Interno, evidencia que Una vez se reciben los informes de evaluación independiente de entes externos, la entidad suscribe el plan de mejoramiento en donde se define el curso de acción que permita subsanar los hallazgos evidenciados por el ente externo, a través de los instrumentos que se definan para tal fin. Los P.U. Líderes de proceso son los responsables de subsanar las desviaciones que correspondan a cada uno dependiendo de los diferentes roles.

La Oficina de Control Interno de Salud Sogamoso E.S.E. Conforme a las políticas de operación de la Entidad, como tercera línea de defensa no se limita exclusivamente a lo relacionado con la evaluación del Sistema de Control Interno y el de calidad, sino que tiene la función de realizar seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento de la Contraloría General Departamental, a las observaciones relacionadas con la Oficina de Control Interno, reporte FURAG y la autoevaluación de las dependencias, en cuanto al desarrollo y cumplimiento de la corrección de las desviaciones encontradas, buscando eficiencia y efectividad de las mismas.

17.3 La entidad cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo

La Entidad cuenta con políticas donde se establece a quien reportar las deficiencias de Control Interno, como resultado del monitoreo continuo, como lo son: Resolución 108 del 2022, en la cual se establecen funciones y responsabilidades del Comité de Coordinación

de Control Interno; la Política de Control Interno (resolución 156 del 2022) en la cual se establecen responsabilidades y conformación de las tres líneas de defensa en cuya política menciona el compromiso de estas, frente al sistema de control interno, y se permite desarrollar un control interactivo que busca la mejora continua. Así las cosas el Comité de Coordinación de Control Interno es el primer llamado a ejercer el proceso de seguimiento a las deficiencias del sistema de control interno

La Oficina de Control Interno, actualiza el Autodiagnóstico, con el cual se establecen fortalezas y debilidades con el ánimo de emprender acciones que correspondan. Se formula Plan de Acción para desarrollarlo según los tiempos y movimientos de la vigencia, con el cual se está trabajando para la presente vigencia 2022

Concluyendo que Las deficiencias del Sistema de Control Interno son analizadas en Comité de Gestión y desempeño, de donde se genera los compromisos por parte de cada líder de proceso

17.4 La Alta Dirección hace seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno y si se han cumplido en el tiempo establecido.

En Salud Sogamoso E.S.E., según la conformación del Comité de Coordinación de Control Interno y el Comité Gestión y Desempeño conformados por los P.U. Líderes de Proceso y presidido por la Gerente de la Entidad, quienes realizan seguimiento permanente a las acciones correctivas a que haya lugar producto de desviaciones del Sistema de Control Interno

A través de la Oficina Asesora de Planeación la Alta Dirección adelanta el seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias identificadas en el Autodiagnóstico de la Política Control Interno, mediante la verificación de los planes de acción, el cual ha tenido avances transversales TRABAJAR EN EL PLAN DE ACCION

La Oficina de Control Interno realiza asistencia en los Comités de Gestión y Desempeño y hace las veces de secretaria en el Comité de Coordinación de Control Interno, comités en los que se realiza seguimiento y evaluación a las deficiencias que se presentan en el Sistema de Control interno, con el ánimo de lograr el cumplimiento a los compromisos establecidos por cada Miembro conformante de estos.

17.5 Los procesos y/o servicios tercer izados, son evaluados acorde con su nivel de riesgos.

Salud Sogamoso E.S.E acorde al Manual de Contratación Institucional en el artículo 10 en 10.7. El análisis de riesgos previsible y la forma de mitigarlos, se prevén los riesgos a partir de la justificación de necesidades, buscando con ello el estricto cumplimiento de los principios de la contratación estatal y la función administrativa a efectos de mitigar, controlar y eliminar los riesgos que como consecuencia de la contratación, puedan resultar comprometiendo la responsabilidad de la ESE.

La responsabilidad de evaluación de procesos y/o servicios tercer izados corresponde a los supervisores de contrato designados por la gerencia; son quienes están atentos a los riesgos de cada contrato tercer izado, según requerimientos de la etapa precontractual

en estudio de necesidades donde se tienen en cuenta los riesgos jurídicos, financieros y demás, con lo cual se establecen los controles y plan de acción correspondiente. Se realizan seguimientos mensuales al contrato, indicando en la casilla "Observaciones y Recomendaciones" cualquier tipo de comentario que sea relevante para una correcta ejecución del contrato en relación a criterios técnicos de calidad y oportunidad definidos en las obligaciones contractuales.

17.6 Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRD), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad?.

Salud Sogamoso E.S.E. Mediante el procedimiento de Atención, peticiones, quejas, reclamos y denuncias GMA-P-002, Versión 5 de Junio 15 del 2022, se realiza monitoreo, seguimiento a las PQRSFD, por parte de La profesional de SIAU, Planeación, Jurídica; con base en el cual la oficina de Control interno en periodos semestrales, realiza evaluación consolidada de los 6 meses correspondientes. Sobre esta evaluación se emite informe, que se publica en la página WEB Institucional. Asimismo se consolidan las PQRSF que se puedan generar de la encuesta de satisfacción realizada a los usuarios en forma diaria y se consolida mensualmente siendo estos resultados publicados en la Página web botón transparencia sección satisfacción del usuario.

La Oficina de Control Interno verifica la evaluación al proceso **Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRD), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad?.**" GAU-P-007 Tramite de Peticiones Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones medición satisfacción del usuario" con el fin de verificar el cumplimiento de la gestión realizada a las comunicaciones que ingresaron durante el periodo de estudio considerado en la presente evaluación, y que fueron identificados como Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones – PQRSDF a través de los canales de atención al ciudadano establecidos por la Entidad, teniendo en cuenta lo establecido por la Ley 1755 de 2015.

17.7 Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea).

Salud Sogamoso E.S.E. realiza la verificación del avance y cumplimiento de acciones derivadas de planes de mejora según el procedimiento producto de las autoevaluaciones se realiza Según Procedimiento GQL-P- 002 planes de mejoramiento, junto con el Formato GQL-F-006 plan mejoramiento, además que la segunda línea de defensa es quien debe estar atenta : Recepcionar el plan de mejora, analizar y revisar el contenido, la viabilidad del plan frente a objetivos estratégicos y/o gestión, aspectos financieros e impacto sobre el usuario. Retroalimentar al responsable acerca de su pertinencia o necesidad de ajuste definir las responsabilidades de cada línea de defensa, y el análisis respecto

La Oficina de Control Interno verifica que el procedimiento del plan de mejoramiento, corresponde a la identificación de desviación de procesos, ajuste o corrección de fallos de calidad, incluyendo el seguimiento al grado de cumplimiento del mismo. Lo cual para su verificación se solicita soportes, además que debe efectuarse con los criterios establecidos, para su desarrollo se realiza el seguimiento y evaluación por parte de la

segunda Línea de Defensa, evaluada por la Tercera Línea de defensa y posteriormente, los resultados consolidados se socializan en Comité de Coordinación de Control interno.

17.8 Evaluación de la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos. (3ª Línea)

Salud Sogamoso E.S.E. mediante la Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa adelanta evaluación a las acciones establecidas en los Planes de Mejoramiento del Sistema, de conformidad con lo establecido en el procedimiento GQL-P-002 planes de mejoramiento, aunado con el Formato GQL-F-006 plan mejoramiento, Se realiza el seguimiento a los planes en forma periódica según GQL-F-020.seguimiento auditoría y según el POAS de la Oficina de Control Interno

La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa realiza la evaluación a la efectividad de las acciones establecidas en los Planes de Mejoramiento del Sistema en el mes de junio de 2022, en cumplimiento al PAA 2022 y de conformidad al procedimiento GQL-P-002 planes de mejoramiento. Se realiza seguimiento del mismo según actividades del POAS, PAMEC y Riesgos de Gestión.

17.9 Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes?

Salud Sogamoso E.S.E, en Comités de Gestión y Desempeño y en Comité de Coordinación de Control Interno, se realizan análisis transversales del Sistema de Control Interno, así mismo se presentan a Gerencia evaluaciones por parte del proceso de control interno en las cuales se evidencian desviaciones del Control Interno estableciendo acciones de compromiso por parte de las tres líneas de defensa que conllevan al mejoramiento del sistema de control interno.

La Oficina de Control Interno, socializa en forma permanente a la Gerencia y a los líderes que corresponda los informes de auditorías realizadas, con los resultados de las actividades, seguimientos y evaluaciones, en cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017, específicamente en lo relacionado con el Rol de Evaluación y Seguimiento y el Decreto 338 de 2019 "Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno, Se hace retroalimentación frente a la evaluación del Sistema de Control Interno, identificando las desviaciones del mismo.

A continuación se describen criterios que no alcanzaron al puntaje total de implementación:

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Lineamiento **3:**
Establece la planeación estratégica con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento. Así mismo a partir de la política de riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección

3.1. Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas). La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo.

Según este criterio que corresponde al Ambiente de control, es importante mencionar que el trabajo que se está realizando por parte de la P.U. de Planeación frente a la actualización del procedimiento de administración del riesgo articulándolo con la V5 del 2020 DAFP, es de gran importancia, toda vez que tiene alguna variación frente al análisis de probabilidad de ocurrencia del riesgo, sus consecuencias o impacto y la estimación de la zona de riesgo inicial (inherente), teniendo en cuenta la frecuencia de la actividad.

Lineamiento 4:

Compromiso con la competencia de todo el personal, por lo que la gestión del talento humano tiene un carácter estratégico con el despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público –ingreso, permanencia y retiro.

4.5. Evaluaciones relacionadas con el retiro del personal

Teniendo en cuenta que el ciclo de vida del Servidor Público se pueden identificar tres subcomponentes: el ingreso, el desarrollo y el retiro. Dentro de este último se identifica que hay dos ítems de gran importancia que como empresa humanizada sería conveniente contemplarla

- a) Brindar apoyo socio laboral y emocional (desde el ser) a las personas que se desvinculan por pensión, por reestructuración o por finalización del nombramiento en provisionalidad, de manera que se les facilite enfrentar el cambio, mediante un Plan de Desvinculación Asistida
- b) Contar con mecanismos para transferir el conocimiento de los servidores que se retiran de la entidad a quienes continúan vinculados

Lineamiento 7:

Identificación y análisis de riesgos (Analiza factores internos y externos; Implica a los niveles apropiados de la dirección; Determina cómo responder a los riesgos; Determina la importancia de los riesgos).

7.1 Teniendo en cuenta la estructura de la política de Administración del Riesgo, su alcance define lineamientos para toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas u otras instancias que afectan la prestación del servicio

Fortalezas

La Política establecida en la Entidad responde al lineamiento, mediante la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos a los que está expuesta, con el propósito de gestionar los riesgos a un nivel aceptable (para riesgos que no son de corrupción) y

generar una cultura de prevención frente a la ocurrencia de hechos o situaciones que puedan afectar o entorpecer la gestión, los objetivos estratégicos y los procesos.

Debilidades

Falta actualización del procedimiento de Administración y Gestión del Riesgo, acorde Según la guía DAFP V5 2020, Teniendo en cuenta la estructura de la política de Administración del Riesgo, alcance define donde incluya los terceros que afecten la prestación del servicio

7.4 Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente.

Fortalezas

Cuando se incurre en la materialización de riesgo se hace necesaria la documentación de la trazabilidad de causas que permitieron que se incurriera en la ejecución del riesgo, lo cual genera formulación de plan de mejora, exponiendo actividades de acción inmediata, mediano y largo plazo.

Debilidades

Falta de adherencia a las directrices por parte de parte del talento humano.

7.5 Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas.

Fortalezas

La oficina de Control Interno, realiza seguimiento a los planes formulados, verificando la acción de los mismos e interpretando la efectividad de las actividades realizadas.

Debilidades

Falta adherencia al procedimiento de Administración y Gestión del riesgo, por parte de P.U. que lidera la responsabilidad

Lineamiento 8: Evaluación del riesgo de fraude o corrupción. Cumplimiento artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción.

8.3 Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas.

Fortalezas

Según el manual de funciones se establece perfectamente la segregación de funciones para cada uno de los profesionales.

Debilidades

En la práctica del proceso financiero, debido que es un proceso bastante dispendioso y de gran cuidado, se integran funciones de facturación, cartera, auditoría; razón por la que cada actividad y cada profesional debe tener definido con exactitud la persona responsable, asimismo que exista perfecta diferencia de profesional responsable entre los procesos de cartera y facturación

Lineamiento 9: Identificación y análisis de cambios significativos

9.3 La Alta Dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos

Fortaleza

La Entidad mantiene monitoreo para aquellos riesgos que se han materializado; parte del Talento Humano lo efectúa, realizando la documentación pertinente y actividades que conlleven a mitigar probables riesgos inherentes y dejando las evidencias como parte de la Gestión del conocimiento (Procedimientos, formatos, planes de acción.....).

Debilidad

Otra parte del Talento Humano no mantiene adherencia a estas políticas y prácticas, situaciones que abren la puerta a nuevas materializaciones o por lo menos la Oficina de Control Interno no cuenta con documentación que verifique su adherencia

9.5 La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales.

La Oficina de Control Interno realiza un análisis del impacto sobre el estado de control de la entidad especialmente desde las acciones previstas en el Plan Anual de Auditoría. En aquellos contempla una valoración sobre el nivel de cumplimiento de los procesos, su posible desactualización y el nivel de fortaleza adquirido a raíz de los ajustes efectuados.

Sin embargo verificando los resultados en el Comité de CCI, no se logra determinar una buena profundidad e impacto presentado por la Oficina de Control Interno, que conlleve impacto y efectividad.

Lineamiento 10:
Diseño y desarrollo de actividades de control (Integra el desarrollo de controles con la evaluación de riesgos; tiene en cuenta a qué nivel se aplican las actividades; facilita la segregación de funciones).

10.2 Se han identificado y documentado las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones (ej.: falta de personal, presupuesto), con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados.

Como acción de mejora consta de la imperiosa necesidad de examinar lo correspondiente a la efectividad en la segregación de funciones como es el caso de facturación, cartera, tesorería se realice una acertada segregación de funciones

Lineamiento

11:

Seleccionar y Desarrolla controles generales sobre TI para apoyar la consecución de los objetivos.

11.1 La entidad establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas; los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías

La Oficina de Planeación mediante el procedimiento de Administración del riesgo contempla lo relacionado con identificación de estos, así como los pasos activos de seguridad de la información, activos de seguridad digital del proceso, riesgos de seguridad digital, reporte y plan de tratamiento de riesgos de seguridad digital, en cuanto al desarrollo y mantenimiento de tecnologías lo relaciona en el Manual de Gerencia y Seguridad de la Información.

Como Debilidad podría establecerse la falta de oportunidad y efectividad

11.2 Para los proveedores de tecnología selecciona y desarrolla actividades de control internas sobre las actividades realizadas por el proveedor de servicios.

Las actividades de seguimiento y supervisión de los contratos donde hay proveedores de Información Tecnológica, se realizan según el Manual de Contratación.

Las actividades de control se realiza en la de supervisión de los contratos, y los controles a las actividades se realizan sobre el desarrollo de las mismas que a la vez se verifica el cumplimiento de los principios tecnológicos como la integración, confiabilidad y oportunidad de la información.

Como oportunidad de mejora se podría establecer la oportunidad en el informe de no conformidades (Informe de actividades de Supervisión) de aspecto tecnológico y que solo los proveedores del servicio junto con el supervisor son quienes pueden dar solución, buscando que no afecte el desarrollo normal de actividades y se dé cumplimiento a todos los requerimientos demandados por los diferentes Entes externos.

11.4 Se cuenta con información de la 3a línea de defensa, como evaluador independiente en relación con los controles implementados por el proveedor de servicios, para asegurar que los riesgos relacionados se mitigan.

De acuerdo al mapa de riesgos del proceso "Gestión de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones", la Oficina de Control interno establece en el Rol de Evaluación de los riesgos por proceso, la determinación de la efectividad de los controles. Sin embargo es necesario que según auditoría a comunicaciones se establece la falta de adherencia a la resolución 1519 del 2020, en la cual contempla una parte de publicaciones y sus riesgos.

La auditoría a controles en este proceso para esta vigencia aún no se ha realizado

Lineamiento

12:

Despliegue de políticas y procedimientos (Establece responsabilidades sobre la ejecución de las políticas y procedimientos; Adopta medidas correctivas; Revisa las políticas y procedimientos).

12.5 Se evalúa la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, considerando cambios en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos que determinen cambios en su diseño.

La adecuación de los controles, inherentes de cada proceso teniendo en cuenta la organización interna y los cambios normativos, se evalúan en periodos bimestrales, según seguimientos en Comités Institucionales.

Lineamiento

17.

Evaluación y comunicación de deficiencias oportunamente (Evalúa los resultados, Comunica las deficiencias y Monitorea las medidas correctivas).

17.1 A partir de la información de las evaluaciones independientes, se evalúan para determinar su efecto en el Sistema de Control Interno de la entidad y su impacto en el logro de los objetivos, a fin de determinar cursos de acción para su mejora

Es importante que la Oficina de Control Interno establezca plan de acción para realizar mayor seguimiento a auditorías internas y evaluaciones independientes, con lo cual se procura el mejoramiento continuo del Sistema de control interno, y se determine su efectividad.

17.5 Los procesos y/o servicios tercerizados, son evaluados acorde con su nivel de riesgos

Es necesario que los supervisores de contrato, verifiquen y hagan búsqueda a posibles riesgos inherentes en la ejecución o derivados de actividades de los contratistas; mediante seguimiento en el desarrollo de las actividades contratadas.

17.8 Evaluación de la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos. (3ª Línea)

Se hace necesario que el monitoreo y la supervisión por parte de la segunda línea de defensa; asimismo la evaluación que realice la 3 línea de defensa se realice de forma permanente concluyendo con la evaluación de la efectividad de planes de mejoramiento

Nombre de la Entidad:	SALUD SOGAMOSO E.S.E.	
Periodo Evaluado:	VIGENCIA II SEMESTRE 2021	
	Estado del sistema de Control Interno de la entidad	87%
Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno		
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	Si	Salud Sogamoso E.S.E. acorde con el análisis realizado como a las valoraciones dadas por cada uno de los lineamientos y criterios por componente evaluados, se puede evidenciar que los mismos se encuentran presente y funcionando en un nivel satisfactorio, logrando así un porcentaje de efectividad del xx%; donde queda acciones por mejorar, como es el caso de actualización de la política y procedimiento del riesgo, fortalecimiento de los controles; asimismo se evidencia faltantes en la implementación en lo correspondiente al proceso de los recursos informáticos y tecnologías de la información, tendientes a lograr la madurez del Sistema de Control Interno.
¿El efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	No	El Sistema de Control Interno de Salud Sogamoso, ha establecido parámetros y políticas acorde al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, lo cual presenta un importante avance sobre las mejoras implementadas en el Sistema de Control Interno, mediante la administración y compromiso por parte de la Alta Dirección y primera línea de defensa. En relación con las auditorías y evaluaciones independientes adelantadas por la Oficina de Control Interno, se presentaron recomendaciones frente a los procesos de contratación, recursos informáticos, información, RPMS,
¿La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Salud Sogamoso E.S.E., realiza evaluación y análisis de las responsabilidades de las líneas de defensa por cada uno de los componentes de MECI, estas se encuentran operando en atención a la Política de Control interno actualizada para el primer semestre 2022, de acuerdo a las actividades normativas y descritas en la Séptima Dimensión de MIPG, siendo de gran importancia para el seguimiento del Plan Estratégico de Desarrollo, además de la actualización e implementación de la Administración del Riesgo. Es importante mencionar que la responsabilidad de las líneas de defensa en el desarrollo e implementación de los componentes MECI, se reforzaron mediante resolución 156 del 2022.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	<i>Estado actual: Evaluación de las Debilidades y Fortalezas</i>	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	96%	<p>AMBIENTE DE CONTROL</p> <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se continúa con la socialización del Código de Integridad a través de diferentes estrategias de comunicación, mediante la sensibilización en su adherencia como estilo de vida. - Se actualizó el autodiagnóstico de integridad, y así tener la línea base respecto a los aspectos que se deben y que deben ser incluidos en la planeación institucional para la vigencia. - Se cuenta con un canal de comunicación denominado Escuchádnate Mejoramos, el cual fue socializado en capacitación general y por medio de correo electrónico al interior de la entidad, estrategia que busca establecer oportunidades de mejora - En el Plan de acción MIPG se establecen las responsabilidades relacionadas con la ejecución y seguimiento de las actividades programadas para la vigencia, Salud Sogamoso E.S.E., acorde al mismo establece su POAS-PAMEC-RIESGOS - Los resultados obtenidos mediante auditorías independientes, son insumo para identificar riesgos y lograr efectividad en los controles que se establezcan en su mitigación. <p>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es importante continuar con la actualización del procedimiento de administración, acorde a la Guía DAPP V 5-2020, - Brindar apoyo socio laboral y emocional (desde el ser). - Contar con mecanismos para transferir el conocimiento de los servidores que se retiran de la entidad a quienes continúan vinculados - Es trascendental realizar la revisión constante de los documentos publicados en el aplicativo https://sgjalmeraim.com/sgj/seguimiento/?nosgim# con el fin de realizar los ajustes o actualización pertinente. 	96%		0%

Evaluación de riesgos	SI	82%	<p>EVALUACION DEL RIEGO:</p> <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La Línea Estratégica de defensa, ha logrado avances en el cumplimiento y consecución de objetivos estratégicos, enfocados a la Visión Institucional. -A través de los comités de Gestión y Desempeño, Comité de Coordinación de Control Interno, se realiza evaluación del riesgo, previo seguimiento de POAS PAMEC-RIEGOS, según lineamientos establecidos. -Se cuenta con Matriz de riesgo por proceso, los cuales son consolidados por parte de la P.U. Líder de Planeación en períodos cuatrimestrales, se realiza seguimiento y evaluación en mesas de trabajo con P.E. de Calidad, P.U. planeación y P.U. Control Interno. <p>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Es importante integrar a la matriz del Mapa de Riesgos Institucional 2022, los riesgos de seguridad de la información que se han materializado para lograr un control efectivo. -Es importante trabajar en forma comprometida en lo correspondiente a tecnología de informática, y mantener adherencia a la resolución 1519 del 2020, asimismo identificar los riesgos de la falta de cumplimiento adherencia de resolución 1519 del 2020 -Es importante continuar con la evaluación de los controles, dando cumplimiento con la Guía DAFP V5-2020 -Es necesario que cada P.U. Líder de Proceso defina plan de contingencia, para el caso de materializarse alguno de los riesgos identificados, lo cual debe documentarse y tomar acciones a seguir para evitar que se presente nuevamente. 	88%	-6%
Actividades de control	SI	75%	<p>ACTIVIDADES DE CONTROL</p> <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -En el aplicativo https://sgjalmeraim.com/sgj/seguimiento/?nosgim# se encuentran publicados los documentos asociados a cada proceso de la entidad; en su versión actual y versiones anteriores. -En la Guía de Administración de Riesgo, se contempla la valoración y diseño de controles. -El Monitoreo y seguimiento a los riesgos, se realiza acorde a lo establecido en la Guía de Administración del Riesgo. <p>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Es importante dar continuidad a la actualización de la política de administración del riesgo y al procedimiento del mismo, en forma de articularlo con la GUIA-DAFP V5-2020 -En el proceso de contratación con los proveedores de tecnología se establecen acuerdos de niveles de servicio y garantías. Sin embargo Es importante revisar los controles establecidos en la normatividad de seguridad de la Información. -Se debe realizar evaluación por parte de la tercera línea de defensa a la efectividad de los controles implementados por el proveedor del servicio en forma que se mitiguen los riesgos, en todos los procesos Institucionales, previo a la formulación de riesgos para el 2023. 	92%	-17%
Información y comunicación	SI	96%	<p>INFORMACION Y COMUNICACION</p> <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se cuenta con activos de información, los cuales fueron aprobados por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. -Se cuenta con el levantamiento de la información clasificada y reservada por proceso de la entidad. -Salud Sogamoso E.S.E., cuenta con diferentes mecanismos que permiten dar a conocer las Metas, los objetivos estratégicos al Talento Humano Institucional. -La entidad cuenta con canales internos para la denuncia anónima de situaciones irregulares identificadas (Escuchándote Mejoramos). -La entidad cuenta con canales externos para la divulgación de información, entre ellos: Pagina Web redes sociales, espacios de participación, noticias publicadas en los Chat Institucionales. -En el marco del Plan Anticorrupción de la vigencia 2022, se establece el compromiso de realizar la caracterización de usuarios y grupos de valor en el componente de rendición de cuentas. <p>OPORTUNIDADES DE MEJORA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reforzar el proceso para la formulación, aprobación e implementación de la Política de Seguridad de Información -Continuar con la administración y seguimiento de los canales de comunicación establecidos para realizar la emisión de situaciones anormales identificadas en la entidad. -Es importante a partir del análisis de la información resultado de la evaluación a los canales de comunicación existentes; identificar e implementar acciones que contribuyan al mejoramiento continuo en el proceso de comunicación. -Es importante que se identifique la diferencia entre los canales de primer contacto y canales de radicación, con el fin de permitir el acceso al mecanismo de participación ciudadana como derecho de petición. 	96%	0%
Monitoreo	SI	86%	<p>MONITOREO Y SEGUIMIENTO</p> <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Oficina de Control Interno, para lograr La seguridad de la información aplica barreras y -La procedimientos que resguardan el acceso a los datos, y que permita al Talento Humano autorizado para realizarlo. -En articulación con la Oficina Asesora de Planeación se adelantó el procedimiento de monitoreo en lo correspondiente al Plan Anticorrupción, Riesgos y el proceso de Rendición de Cuentas. -Continuar siendo el enlace activo de la entidad en su relación con los entes externos de control, tanto en los requerimientos como en los procesos auditores. -La Oficina de Control Interno realiza seguimiento a los planes suscritos con entes externos de control, igualmente realiza las recomendaciones para el efectivo cumplimiento de las acciones suscritas por parte de las dependencias responsables de la ejecución y reporte. -Los informes presentados como resultado de las auditorías y evaluaciones independientes por la Oficina de Control Interno son remitidos al P.U. Del proceso evaluado. <p>OPORTUNIDADES DE MEJORA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reforzar la evaluación de información de las evaluaciones independientes, con lo cual se determina efecto en el Sistema de Control Interno de la entidad. 	82%	4%

CONCLUSIONES

La evaluación del Sistema de Control interno, mediante esta matriz se evidencia a través de cada uno de los criterios establecidos para los 17 lineamientos distribuidos en 5 componentes, dentro de los cuales se evidencian falencias en la implementación para algunos criterios de los 5 componentes, sin embargo es importante mencionar que se

trabaja en aquellos criterios que aún no están totalmente documentados o que por algún motivo no se ha logrado la implementación de forma adecuada:

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):

Salud Sogamoso E.S.E. acorde con el análisis realizado como a las valoraciones dadas por cada uno de los lineamientos y criterios por componente evaluados, se puede evidenciar que los mismos se encuentran presente y funcionando en un nivel satisfactorio, logrando así un porcentaje de efectividad del 87%; donde queda acciones por mejorar, como es el caso de actualización de la política y procedimiento del riesgo, fortalecimiento de los controles; asimismo se evidencia la necesidad de fortalecer la implementación en lo correspondiente al proceso de los recursos informáticos y tecnologías de la información, tendientes a lograr la madurez del Sistema de Control Interno. **SI**

¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta): NO

El Sistema de Control Interno de Salud Sogamoso, ha establecido parámetros y políticas acorde al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, lo cual presenta un importante avance sobre las mejoras implementadas en el Sistema de Control Interno, mediante la administración y compromiso por parte de la Alta Dirección y primera línea de defensa. En relación con las auditorías y evaluaciones independientes adelantadas por la Oficina de Control Interno, se presentaron recomendaciones frente a los procesos Contable, Supervisión contractual, contratación, recursos informáticos, información, RPMS,

La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta): SI

Salud Sogamoso E.S.E., realiza evaluación y análisis de la responsabilidad de cada línea de defensa, por cada Componente de MECl; Estas se encuentran operando en atención a la Política de Control interno, La cual fue actualizada para el primer semestre 2022 mediante resolución 156 de abril del 2022, de acuerdo a las actividades normativas y descritas en la Séptima Dimensión de MIPG; En el componente de Monitoreo, seguimiento y Evaluación contempla la Dimensión de Control Interno, de gran importancia dentro del Plan Estratégico de Desarrollo, como complemento a la Actualización se está en proceso de Actualización de la Política de Administración del Riesgo y su correspondiente Procedimiento, esto con el objetivo de lograr articulación con la Guía DAFF V5-2020.

¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):

La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):

La oficina de control interno ha realizado verificación en cada criterio tanto a nivel de documentación como de la implementación de los mismos, es por esto que se permite establecer que la entidad ha avanzado en el diseño e implementación de las políticas de gestión riesgos, contenidas en el Modelo Integral de Planeación y Gestión-MIPG, bajo el esquema de líneas de defensa; lo que permite garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes, programas y el mejoramiento continuo.

La política de control interno establece las líneas de defensa en tanto su conformación, como las responsabilidades para cada una en cada uno de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno, articulada con el Modelo de Planeación y Gestión Institucional

La evaluación permite determinar que Salud Sogamoso E.S.E. Avanza en la articulación de las políticas Institucionales con la Política de Gestión del Riesgo, con lo cual se da cumplimiento al Modelo Integral de Planeación y Gestión-MIPG, con el propósito de garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes, programas y el mejoramiento continuo

La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):

Salud Sogamoso E.S.E. está comprometida con establecer y mantener un sistema de control interno, bajo los principios del MECl: autocontrol, autogestión y autorregulación, en la cual todos los colaboradores son responsables de asegurar la gestión de los riesgos, la efectividad de los controles a su cargo, la novedad de eventualidades y las deficiencias encontradas, así como de velar por el mejoramiento continuo de sus procesos.

Este componente verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.

Se requiere que todos los servidores de la entidad reciban un claro mensaje de la Alta Dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función frente al Sistema de Control Interno.

**GILMA JANETH PERICO GRANADOS
OFICINA DE CONTROL INTERNO**